

Jobbmotivasjon i akuttpsykiatriske avdelinger

Kirsti Nyblin



Masteroppgave ved medisinsk fakultet,
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

November 2009

© Kirsti Nyblin

2009

Jobbmotivasjon i akuttpsykiatriske avdelinger

Kirsti Nyblin

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Kirsti Nyblin	Dato: 18. november 2009
Tittel og undertittel: Jobbmotivasjon i akuttpsykiatriske avdelinger	
<p>Sammendrag:</p> <p>Bakgrunn: En fundamental sykepleieoppgave i psykiatrisk akuttavdeling er å etablere støttende og terapeutisk relasjoner til pasienter som er alvorlig og kritisk psykisk syke. I tillegg har sykepleiere en kompleks rolle som følge av utstrakte krav til administrative og organisatoriske oppgaver, samt et omfattende koordineringsansvar for avdelingens daglige drift. Krav til profesjonell yrkesutøvelse, effektivitetskrav, omfattende desentralisering av det psykiatriske tjenestetilbudet, rollekonflikter og stor turnover av pasienter og personal påvirker arbeidsforholdene og øker stresset på arbeidsplassen. Dette er bekymringsfullt med hensyn til at sykepleiere i dette spesialfeltet betrakter den terapeutiske rollen som vesentlig og fremhever den terapeutiske relasjonen som selve hjørnesteinen og særpreget ved psykiatrisk sykepleie.</p> <p>Studien presenterer litteratur og forskning som omhandler motivasjonsteori og jobbtilfredshet samt forskning om jobbtilfredshet blant sykepleiere i psykiatrifeltet. Jobbtilfredshet har vært et sentralt forskningstema gjennom mange tiår. For denne studien er Frederick Herzbergs tofaktors motivasjonsteori benyttet som teoretisk rammeverk.</p> <p>Formål: Studiens hensikt var å kartlegge jobbmotivasjonsfaktorer ved akuttpsykiatriske avdelinger.</p> <p>Metode: Det er benyttet et ikke-eksperimentelt kvantitativt surveydesign. Det ble distribuert 179 spørreskjema til sykepleiere ved akuttpsykiatriske avdelinger. Svarprosenten var på 52,5 %. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av SPSS versjon 15.</p> <p>Spørreskjemaet ble utarbeidet innenfor rammen av allerede eksisterende skjema, som alle har til hensikt å kartlegge jobbtilfredshet. Herzbergs tofaktorteori for jobbmotivasjon var styrende for sammensetningen av spørsmålene i spørreskjemaet. Instrumentet bygger også på andre etablerte jobbtilfredshetsinstrumenter.</p> <p>Funn: Resultatene viser at sykepleierne har stor jobbmotivasjon. Tilfredsheten utmerker seg i tilknytning til motivasjonsfaktorene "prestasjoner" og "arbeidet i seg selv". Over 90 % ser resultater av eget arbeid og oppfatter arbeidet som meningsfullt og interessant. Sykepleierne oppgir dessuten stor tilfredshet med sine arbeidsforhold og jobbens mellommenneskelige forhold. Resultatene viser derimot en oppfatning om dårlige karrieremuligheter, utilfredsstillende lønnskompensasjon og for lite tid til god omsorgsutøvelse og relasjonsarbeid med pasienter. Sykepleierne har dessuten stort behov for kurs og videreutdanning i tilknytning til primær sykepleieutøvelse.</p>	
Nøkkelord: Jobbmotivasjon, jobbtilfredshet, psykiatrisk sykepleie, akuttpsykiatri	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Kirsti Nyblin	Date: November 18, 2009
Title and subtitle: Job Motivation on Acute Psychiatric Wards	
<p>Abstract:</p> <p>Background: Establishing supportive and therapeutic relations with patients that are seriously and critically psychologically ill is a basic nursing task on psychiatric acute wards. Also, the role of the nursing staff is complex due to administrative and organisational tasks as well as the responsibility they have to coordinate the daily running of the ward. Demands for professional employment, efficiency, extensive decentralisation of the psychiatric services, role conflicts and a large turnover of patients and personnel affect the working conditions and create more stress at work. This causes concern as the nursing staff in this specialist field consider the therapeutic role to be essential and the therapeutic relationship to be the actual cornerstone and the characteristic of psychiatric nursing.</p> <p>This study presents literature and research on motivation theories and job satisfaction as well as research on job satisfaction among psychiatric nursing staff. Job satisfaction has been a key subject for research over several decades. In this study, Frederick Herzberg's two-factor motivation theory has been used as a theoretical framework.</p> <p>Objective: The objective of the study was to identify job motivation factors on acute psychiatric wards.</p> <p>Method: The research design used in this study is a non-experimental, quantitative survey design. 179 questionnaires were distributed to nursing staff on acute psychiatric wards. The response rate was 52.5 per cent. The data were analysed by using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 15.</p> <p>The questionnaire was based on already existing questionnaires aimed at measuring job satisfaction. The composition of questions in the questionnaire was based on Herzberg's two-factor motivation theory as well as on various other established job satisfaction instruments.</p> <p>Results: The results show that nursing staff are highly motivated in their jobs. Satisfaction is particularly evident in connection with Herzberg's motivation factors "performance" and "the work in itself". More than 90 per cent of the respondents see results of their work and consider the work to be meaningful and interesting. The nursing staff also state that they are very satisfied with the working conditions and the interpersonal relations on the job. However, the results also show that the respondents consider the job opportunities and the pay to be poor, and they feel that they have too little time to build a relationship with the patients and give them adequate care. Moreover, the nursing staff are in great need of training and further education in connection with the execution of primary nursing duties.</p>	
Key words: Job motivation, job satisfaction, psychiatric nursing, acute psychiatry	

Forord

Det har vært en veldig spennende og lærerik utfordring å arbeide med denne masteroppgaven. Arbeidet har vært tidkrevende og tidvis vanskelig, men bidratt til en følelse av voldsom tilfredshet etter hvert som de ulike delene i oppgaven har tatt form. Læringsprosessen har skapt et ytterligere engasjement for jobbtilfredshetstemaet, psykiatrisk sykepleie og sykepleiers arbeidshverdag innenfor akuttpsykiatrifeltet.

Det hadde ikke vært mulig for meg å gjennomføre denne oppgaven uten støtte og hjelp fra andre, og som derfor fortjener en stor takk. For det første vil jeg takke institusjonene som ønsket mitt prosjekt velkommen, og alle sykepleierne som besvarte spørreskjemaet.

Videre ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder Randi Nord, som har gitt meg god veiledning underveis. Ditt faglige engasjement og utstrakte kunnskap er imponerende, og du har en svært god evne til å gjøre det ”uforståelig og kaotiske” både strukturert og oversiktlig. Din dyktige veiledning har i stor grad bidratt til min faglige utvikling og til at jeg har klart å gjennomføre dette arbeidet. I tillegg har du vært en trofast støttespiller helt fra arbeidet med prosjektbeskrivelsen våren 2007, frem til ferdigstilling av selve masteroppgaven. Din behagelige utstråling, gode humør og kreative innspill har gjort så godt. Jeg kommer til å savne kontakten med deg.

En stor takk må også rettes til min kjære medstudent Åsne. Ditt smittende humør, din omsorg og oppriktige engasjement for temavalget mitt har styrket motet og engasjementet i min egen arbeidsprosess. Takk for alle humoristiske øyeblikk på kjøkkenet i Stjerneblokk, gode samtaler og spennende faglige diskusjoner angående psykiatrisk sykepleie og akuttpsykiatriens fagfelt.

Takk til familie og gode venner som har heiet meg frem hele veien. Min gode venninne Kirsti Mette fortjener en stor takk som hjalp meg med oversettelse av sammendraget i oppgaven. Takk også til min gode venn Gunnar som har bidratt med uvurderlig datahjelp og formatteringer i oppgavens aller siste arbeidsfase.

Fremfor alt vil jeg takke min kjære Ulrik og vidunderlige lille Hallvard, mine to hjertegode gull. Ulrik, din tålmodighet, ubetingede omsorg og sterke tro på meg og mitt prosjekt har gitt meg stor styrke, ny giv og mye selvtillit i læringsprosessens ulike faser. Du har en usedvanlig evne til å gi meg troen tilbake på at dette skulle jeg klare. Nå er jeg i mål og føler

en sterk glede og tilfredshet med det, mye takket være deg. Takk også for lesing av korrektur og god datahjelp, kjære Ulrik.

Oslo, 18. november 2009

Kirsti Nyblin

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

Forord

1	Innledning.....	1
2	Litteraturgjennomgang	5
2.1	Innledning.....	5
2.2	Motivasjonsbegrepet.....	6
2.2.1	Behovs- og forventningsteori – en oversikt	7
2.3	Jobbtilfredshet	8
2.3.1	Begrepet jobbtilfredshet	9
2.3.2	Teoretiske perspektiver på jobbtilfredshet	10
2.3.3	Innholdsteori og prosessesteori – en oversikt.....	11
2.4	Oppsummering av begrepene arbeidsmotivasjon og jobbtilfredshet	12
2.5	Frederick Herzberg tofaktors motivasjonsteori	14
2.5.1	Innledning.....	14
2.5.2	Presentasjon av Herzbergs tofaktors motivasjonsteori.....	15
2.5.3	En nærmere beskrivelse av motivasjonsfaktorene	16
2.5.4	En nærmere beskrivelse av hygienefaktorene	19
2.6	Jobbtilfredshet og kvaliteten på sykepleie	21
2.7	Psykiatrisk sykepleie	24
2.7.1	Interaksjon som sykepleiefaglig sekvens	24
2.7.2	Problemidentifisering	26
2.7.3	Sykepleier–pasient-relasjonen.....	27
2.7.4	Psykiatrisk sykepleie	28
2.7.5	Etablering av en terapeutisk relasjon	29

2.8	Relasjonsarbeid i moderne helsevesen	30
2.9	Akuttpsykiatrisk tjenestetilbud – en presentasjon	33
2.9.1	Desentralisering av det psykiatriske tjenestetilbudet	33
2.9.2	Psykiatrisk akuttavdeling	34
2.9.3	Distriktpsykiatriske senter (DPS)	36
3	Metode.....	39
3.1	Forskningsdesign	39
3.2	Utarbeidelse av spørreskjema	40
3.2.1	Fellestrekk og forskjeller	40
3.3	Pilotundersøkelsen	41
3.3.1	Gjennomføring av pilotundersøkelsen	42
3.3.2	Resultatet fra pilotundersøkelsen	42
3.4	Validitet og reliabilitet	44
3.5	Utvalg	45
3.5.1	Gjennomføring av datainnsamling	45
3.6	Etiske vurderinger	46
3.7	Metodekritikk	47
4	Resultatpresentasjon	49
4.1	Innledning	49
4.2	Utvalg	49
4.3	Motivasjonsfaktorer	50
4.3.1	Samvariasjon med bakgrunnsdata	51
4.3.2	Ansvar og selvstendighet	51
4.3.3	Vekstmuligheter	56
4.3.4	Prestasjoner	59
4.3.5	Arbeidet i seg selv	60
4.3.6	Anerkjennelse	61

4.4	Hygienefaktorer	62
4.4.1	Samvariasjon med bakgrunnsdata	62
4.4.2	Arbeidsforhold	62
4.4.3	Mellommenneskelige forhold	63
4.4.4	Administrative forhold	65
4.4.5	Lønnsforhold	66
5	Drøfting av funn	67
5.1	Innledning	67
5.2	Resultater av eget arbeid	68
5.3	Omsorgsutøvelse	68
5.4	Relasjonsbygging	71
5.5	Jobbens stressnivå	75
5.6	Psykisk påkjenning	77
5.7	Faglig kvalifisering/utvikling av profesjonell trygghet	79
5.8	Karriereutvikling	82
5.9	Arbeidsforhold	83
5.10	Mellommenneskelige forhold/arbeidsrelasjoner	84
5.11	Lønn	85
6	Avslutning	87
	Litteraturliste	89
	Vedlegg 1	I
	Vedlegg 2A	III
	Vedlegg 2B	IV
	Vedlegg 2C	V
	Vedlegg 2D	VI
	Vedlegg 3	VII
	Vedlegg 4	VIII

Tabelloversikt

Tabell 1: Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd innflytelse på planlegging av egen arbeidshverdag (n=92)	51
Tabell 2: Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd omfang av administrativt arbeid (n=93).....	52
Tabell 3: Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd innflytelse på pasienters behandlingsforløp (n=93).....	53
Tabell 4: Sammenheng mellom arbeidstidsordning og opplevd innflytelse på pasienters behandlingsforløp (n=93).....	54
Tabell 5: Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd beslutningsmyndighet (n=91).....	55
Tabell 6: Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd mulighet for forfremmelse (n=92)	56
Tabell 7: Sammenheng mellom videreutdanning og opplevd mulighet for forfremmelse (n=92).....	57
Tabell 8: Sammenheng mellom videreutdanning og opplevd behov for etterutdanning/kurs (n=93).....	58
Tabell 9: Sammenheng mellom ansiennitet i avdelingen og opplevd anledning til sykepleiefaglig arbeid (n=93).....	59
Tabell 10: Sammenheng mellom arbeidstidsordning og opplevelse av å ha tilstrekkelig tid til relasjonsbygging (n=93).....	60
Tabell 11: Sammenheng mellom ansiennitet i avdelingen og opplevd anerkjennelse for utført arbeid (n=92).....	61
Tabell 12: Sammenheng mellom ansiennitet i avdelingen og opplevd arbeidsbelastning (n=93)	62
Tabell 13: Sammenheng mellom videreutdanning og evaluering av relasjon til nærmeste leder (n=93).....	63
Tabell 14: Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevelse av kollegial støtte og veiledning (n=94)	64
Tabell 15: Sammenheng mellom ansiennitet i avdelingen og oppfatning av pasientbelegget (n=92).....	65

Tabell 16: Sammenheng mellom arbeidstidsordning og evaluering av forholdet mellom lønn og utført arbeid (n=93)	66
--	----

1 Innledning

Få tilstander gir så påtrengende behov for hjelp som psykiske lidelser. Om lag halvparten av norsk voksenbefolkning rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av et år (Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009). Akuttpsykiatrisk sykehusavdeling skal dekke lovpålagt øyeblikkelig hjelp-funksjon for unge og voksne pasienter med akutt behov for psykiatrisk spesialistkompetanse (Hummelvoll, 2003). En helsepolitisk målsetning i kjølvannet av opptrappingsplanen for psykisk helse, var etablering av akutt- og krisetilbud ved samtlige distriktskykiatriske sentre (DPS). Slik skulle DPS-ene gis en tydeligere rolle i akuttpsykiatrisk behandlingsskjede. Opptrappingsplanens målsetninger er i all hovedsak nådd, men fortsatt er det ikke etablert slike akuttilbud ved alle DPS (Hanssen, 2008; Rossine, 2009). Dette betyr at det fremdeles kun er akuttpsykiatrisk sykehusavdeling som har døgnkontinuerlig øyeblikkelig hjelp-plikt for alvorlige krisesituasjoner av psykiatrisk, sosial og rusmessig karakter (Berg, Eikeseth, Johnsen og Restan, 2007).

Hovedmandatet for akuttpsykiatrisk behandling er stabilisering av kritiske og alvorlige psykiske tilstander, slik at pasienter kan utskrives til videre behandling utenfor institusjonen eller til annen avdeling som behandler sykdom over lengre tid (Cleary, 2003; Cleary, Walter og Hunt, 2005; Deacon, Warne, Mcandrew, 2006; Fourie, McDonald, Connor og Bartlett, 2005; Tørrisson, 2005). Enheter som skal overta pasienter fra psykiatrisk akuttavdeling er blant annet psykoseavdeling, DPS-døgnavdeling, sikkerhetsavdeling og allmennpsykiatrisk avdeling. Slike enheter sliter ofte med kapasitetsproblemer og kan ikke ta imot flere pasienter (Berg et al, 2007). Dette resulterer i at akuttpsykiatrisk avdeling raskt blir overfylt. Presset på akuttavdelingen blir heller ikke mindre som følge av et kontinuerlig press fra befolkningen og førstelinjetjenesten om å få lagt inn personer i krise som øyeblikkelig hjelp (ibid).

Bekymring for dagens psykiatriske behandlingstilbud og nyhetsoverskrifter som "Krise i psykiatrien", "For kort liggetid" og "For lite tvang" er stadig tematisert i TV-debatter, aviser og artikler. Selv om kun et fåtall av mennesker med psykiske lidelser er farlige, preges dagens nyhetsbilde likevel stadig av tragiske hendelser hvor psykisk syke har vært involvert. Nyheter som "Sendt hjem fra psykiatrisk sykehus få timer før drapet", "Politibetjent beskyttet av psykiatrisk pasient", "Dømt til psykiatri etter legedrap" og "Nytt drap begått av psykisk ustabil mann" har hos mange bidratt til en generell frykt for mennesker med psykiske lidelser. Både nære familierelasjoner, annet bekjentskapsforhold og tilfeldige har vært ofre for slike

tragiske hendelser. I det såkalte ”trikkedrapet” ble en tilfeldig trikkepassasjer drept. Gjerningspersonen i trippeldrapet i Tromsø på vårparten i 2009 var leietaker hos ekteparet han drepte. I ”Skreia-drapet”, høsten 2009, kontaktet gjerningspersonen selv politiet med beskjed om at han hadde drept sin kone, mens to av deres mindreårige barn lå og sov i familiens hjem. I forkant av drapet ble gjerningspersonen henvist til psykiatrisk sykehus av sin fastlege. Han var villig til både sykehusinnleggelse og psykiatrisk behandling, men ble avvist av sykehuset.

Høy innleggelsesterskel i psykiatrisk akuttavdeling medfører at pasienter oftest har et uttalt omsorgsbehov med kompleks psykososial problematikk (Hummelvoll, 2003). De er ofte tvangsinnlagt, oppleves vanskelig å takle og de karakteriseres i mange tilfeller som splittende, aggressive og/eller voldelige mot seg selv eller andre. Rusproblemer er dessuten et stadig økende tilleggsproblem (Cleary, 2004). Sykepleiere betrakter etablering av støttende og terapeutiske pasientrelasjoner som helt fundamentalt i sykepleiearbeidet på akuttpsykiatrisk avdeling ved psykiatrisk akuttavdeling (Cleary, 2003; Fourie et al, 2005). En gjennomsnittelig liggetid på om lag 10 dager (Berg et al, 2007; Ruud, Gråwe, Hatling, 2006) vanskeliggjør imidlertid terapeutisk relasjonsbygging etter tradisjonell oppfatning. Flere studier viser dessuten at det er ufaglært personell som hovedsakelig tar hånd om direkte pasientkontakt i akuttpsykiatrisk avdeling. Sykepleier utfører på sin side lite psykoterapeutisk arbeid med pasienter innlagt på psykiatrisk akuttavdeling (Bee et al, 2006; Hanrahan og Aiken, 2008; Whittington og McLaughlin, 2000). Dette er bekymringsfullt når sykepleiere i dette spesialfeltet betrakter den terapeutiske rollen som helt vesentlig, og fremhever den terapeutiske relasjonen som hjørnesteinen og særpreget ved psykiatrisk sykepleiearbeid (Bee et al, 2007; Evans, 2007; Fourie et al, 2005; Cleary, 2003; Moyle, 2003).

Psykiatrisk akuttavdeling kjennetegnes ved stor pasientsirkulasjon, høy turnover av personell, hyppige konflikt- og krisesituasjoner, pasienters ulike behov og stadige krav til umiddelbar behovstilfredsstillelse av ofte flere konfliktfylte behov (Deacon et al, 2006; Hummelvoll, 2003). I slike avdelinger oppstår det stadig situasjoner hvor det er helt avgjørende at man kan stole på at kollegaer hjelper hverandre (Hummelvoll, 2003). Personalet forventes å være i stand til å lese en situasjon, ”stå i situasjonen”, se sin rolle og bidra til kollektiv samhandling (ibid). Hyppige konflikt- og krisesituasjoner forutsetter dessuten fleksibilitet, evne til rask omprioritering av oppgaver og integrert kunnskap om prosedyrerelaterte situasjoner med fare for vold og annen utagering (Deacon et al, 2006; Hummelvoll, 2003). Slike utfordrende og

uforutsigbare elementer nødvendiggjør en fysisk og psykisk godt utrustet personalstab (Currid, 2008). Jobbtilfredshet bidrar til økt kvalitet på sykepleiearbeidet, styrket pasientomsorg og lav turnover av personell (Enging og Cam, 2006; Farrel og Darres, 1999; Hanrahan og Aiken, 2008; Sharp, 2008; Robinson, Murrells og Smith, 2005; Ward & Cowman, 2007).

Gode prestasjoner og resultater av eget arbeid, meningsfullt og interessant arbeid, muligheter for god omsorgsutøvelse og samhandling med pasienter samt gode støttende arbeidsrelasjoner betraktes som hovedkilder til jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere (Bee et al, 2006; Landeweerd og Boumans, 1988; Nolan Haque og Doran, 2007; Robinson et al, 2005). Dårlige arbeidsforhold, mangel på karriere- og videreutdanningsmuligheter, utstrakt administrativt ansvar og utilfredsstillende lønnskompensasjon, er derimot hovedkilder til jobbtilfredshet og årsaker til at sykepleiere forlater nåværende arbeidssituasjon (Fletcher, 2001; Rikard, Roberts, Foote og McGrail, 2007; Robinson et al, 2005; Robinson og Tingle, 2003; Sharp, 2008). Jobbrelatert stress er dessuten en viktig årsak til hyppig sykefravær, høy turnover og tapping av profesjonell ekspertise. Utbrenthet er på sin side en alvorlig konsekvens av jobbrelatert stress over tid (Currid, 2008; Hampel, Cauti og Martin, 2001; Jenkins og Elliott, 2004; Mann og Cowburn, 2005; Tully, 2004). Krav til profesjonell yrkesutøvelse, effektivitetskrav, omfattende desentralisering, rollekonflikter og stor turnover av pasienter og helsepersonell, påvirker arbeidsforholdene og øker stresset på arbeidsplassen (Hummelvoll og Severinsson, 2001). Høy turnover hemmer kontinuiteten og kan true kvaliteten på arbeidet (Quirk, Lelliott og Seale, 2006).

”Magnet hospitals” kjennetegnes ved sterk jobbtilfredshet blant sykepleiere, høy kvalitet på yrkesutøvelsen og lav turnover. Jobbtilfredshet står svært sentralt i ”magnet hospitals” og jobbtilfredshetsvariabler og faktorer som har betydning for rekruttering og turnover blant sykepleiere er godt fremforsket og har i stor grad bidratt til evidensbasert kunnskap. Utbrenthet, organisasjonsstruktur, organisering av sykepleietjenesten samt ledelsens verdsettelse av sykepleiestaben, er andre vesentlige elementer i tilknytning til jobbtilfredshet, rekruttering og turnover. Slike elementer er likevel ikke innlemmet i den foreliggende studies litteraturgjennomgang, ettersom problemstillingens fokus er avgrenset til jobbmotivasjonsvariabler.

Problemstilling for den foreliggende studie var: ”Hvordan scorer sykepleiere ved psykiatrisk akuttavdeling på jobbmotivasjonsvariabler?”. Hensikten var å kartlegge motivasjonsfaktorer i akuttpsykiatriske avdelinger.

2 Litteraturgjennomgang

2.1 Innledning

Arbeidet fyller mesteparten av folks hverdag og er en kilde til stor tilfredshet for de fleste. En del pådrar seg likevel alvorlige fysiske og psykiske helseplager som følge av mistriksel i sitt arbeid. Sannsynligvis har ikke alle sider ved arbeidet like sterk innvirkning på jobbtrivsel, og antakelig foreligger det store individuelle forskjeller mellom arbeidstakere. Det som er viktig for noen kan være av relativ liten interesse for andre. Frederick Herzberg er blant dem som har forsøkt å kartlegge årsaker til trivsel og mistriksel i arbeidet. Den opprinnelige forskningsundersøkelsen for denne kartleggingen, fikk betegnelsen "motivation to work" og ble gjennomført i 1959. Denne resulterte senere i den kjente trivsels- og motivasjonsteorien – tofaktorteorien – (Herzberg, Mausner og Snyderman, 1993) som legges til grunn for denne undersøkelsen.

Det eksisterer mye teori om hva som motiverer mennesker. Begrepet jobbtifredshet har nær tilknytning til motivasjonsteorier og har vært et viktig forskningstema i organisasjonpsykologien gjennom mange tiår (Jacobsen og Thorsvik, 2007; Kaufmann og Kaufmann, 2003). Den første forskningen på jobbtifredshet startet på 1920-tallet og interessen for temaet tiltok gjennom hele det tjuende århundre. Det kan synes som om emnet er vanskelig å utforske fullstendig fordi faktorer som skaper jobbtifredshet forandrer seg med generasjoner (Shader, Broome, West og Nash, 2001). For helsetjenesten spesielt endrer arbeids- og rammebetingelser seg og medfører endringer i ressurstilgang og organisasjonskultur. Økt spesialisering, nye roller, rollekonflikter og tilgang på ressurser er dessuten vesentlige faktorer som endrer og påvirker jobbtifredshet i forskjellig grad (Spector, 1997; Tovey og Adams, 1999). Sosial bakgrunn, utdanning, tidligere erfaring og miljøtilhørighet er også sentrale forhold som påvirker individets væremåte, engasjement og tilknytning til sitt arbeidsforhold. Ulike sosiale grupper på arbeidsplassen har dessuten sine normer og egne rollemodeller, i forhold til hvilken adferd som bør verdsettes. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) er det derfor viktig å ta hensyn til at det eksisterer betydelige forskjeller mellom ansatte ved utforming av en arbeidssituasjon som fremmer motivasjon hos den enkelte.

Avsnittene nedenfor redegjør for begrepene jobbmotivasjon og jobbtilfredshet. Deretter gis en innføring i Frederick Herzbergs tofaktors motivasjonsteori og en nærmere beskrivelse av teoriens motivasjons- og hygienefaktorer. Det presenteres deretter en oversikt over forskning knyttet til jobbtilfredshet blant sykepleiere i psykiatrifeltet med hovedvekt på akuttpsykiatri som arbeidsfelt. Til sist gis en oppsummering av begrepene *jobbtilfredshet* og *jobbmotivasjon*.

2.2 Motivasjonsbegrepet

Forskning innenfor motivasjonsteori omhandler undersøkelser hva som påvirker individet til en handling, og hvilke elementer/faktorer som bidrar til en positiv opplevelse av handlingen. Dette er videreført i organisasjonsteoriene hvor motiverte medarbeidere antas å bidra til økt produktivitet og kvalitet på arbeidet (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

I klassisk organisasjonsteori betraktes mennesket som en produksjonsfaktor som kan styres og manipuleres på tilsvarende måte som maskiner, kapital og bygninger (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Dette tankesettet resulterte i et stort antall arbeidsrelaterte ulykker, belastningsskader og psykiske problemer, som følge av monotont arbeid og et kontinuerlig press om å yte mer (ibid). Sosiale normer blant arbeidere kombinert med intern justis og trusler om sanksjoner, ga styrke og ble etter hvert viktige pressmidler for å stå imot ledelsens forsøk på styring (ibid). Prosessen resulterte i en erkjennelse om at mennesker har individuelle behov og dermed ikke kan manipuleres på lik måte som maskiner. Erkjennelsen ledet til diskusjoner knyttet til hvordan det kunne oppnås en balanse mellom menneskelige behov og organisasjoners krav til produktivitet og effektivitet (ibid). En organisasjon skal tilrettelegge for trivsel blant medarbeidere/ansatte i tillegg til å gi dem en følelse av at de utvikler seg parallelt med ivaretagelse av grunnleggende samfunnsfunksjoner, som produksjon av ønskede varer og tjenester (ibid).

Motivasjon dreier seg om hvilke drivkrefter som får individet til å handle. I litteraturen har motivasjon tradisjonelt blitt definert som et resultat av ytelse og prestasjon. Pinder (1998) fremhever motivasjon som en hovedfaktor til menneskers optimale ytelse, og forklarer motivasjon som en energisk kraft som oppstår av indre og ytre stimuli. Motivasjon igangsetter arbeidsrelatert atferd, avgjør retning, intensitet og varighet på innsats (ibid). Tilsvarende beskriver Spector (1997) jobbmotivasjon som en tilstand der krefter og energi mobiliseres (skaper driv) og at energiutfoldelsen har en retning (et mål). Ifølge Herzberg, Mausner og

Snyderman (1993) frigjør jobbmotivasjon en menneskelig energi som bidrar til økt innsats for å oppnå et mål. Denne oppfatningen av motivasjonsbegrepet understøttes av Jacobsen og Thorsvik (2007) som forklarer motivasjon som en drivkraft som får oss til å handle, gir retning for handlingen, opprettholder og forsterker handlingen. Motivasjon påvirkes av individuelle behov og trekk ved den sosiale tilhørighet individet er en del av (ibid). Individuelle behov og preferanser innebærer at medarbeidere i samme organisasjon nødvendigvis ikke motiveres av tilsvarende forhold. Enkelte motiveres av utsikter til økt lønnskompensasjon, mens andre motiveres av sosialt samhold eller positive tilbakemeldinger fra ledere, kollegaer eller kunder/klienter ved det arbeidet de gjør (ibid).

2.2.1 Behovs- og forventningsteori – en oversikt

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) er behovs- og forventningsteori de motivasjonsteoriene som gjennom forskning har påvist hvilke grunnleggende forutsetninger som må være tilstede for at organisasjoner skal kunne skape motiverte medarbeidere. I forventningsteori (kognitiv teori) betraktes motivasjon og vilje til ytelse som utløst av forventninger om å oppnå bestemte resultater av de handlinger som utføres. I behovsteori betraktes derimot motivasjon for å være utløst av spesifikke menneskelige behov som motiverer individet til handling, og dermed blir bestemmende for den enkeltes atferd. Jacobsen og Thorsvik (2007) og Kaufmann og Kaufmann (2003) betegner Maslows behovshierarki og Herzbergs tofaktor teori som de mest innflytelsesrike behovsteoriene. Nedenfor gis en kort oversikt over disse teoriene.

Maslow utviklet sin teori med utgangspunkt i at mennesket har fem grunnleggende behov; fysiologiske behov, sikkerhetsbehov, sosiale behov, behov for anerkjennelse og behov for selvrealisering. Behovene er hierarkisk ordnet innbyrdes i den overfor nevnte rekkefølge. Hovedresonnementet til Maslow var at individets behov for selvrealisering, som er toppen av hierarkiet, ikke vil få oppmerksomhet og dermed ikke vil kunne påvirke atferd, før behov på lavere nivå er tilfredsstilt (Jacobsen og Thorsvik, 2007). For enkelte kan behovet for status og prestisje dominere slik at dette går utover behovstilfredsstillelse av fysiologiske og sosiale behov (ibid). Maslow var innforstått med at det teoretiske behovshierarkiet ikke nødvendigvis passet for det enkelte individ i den virkelige verden. Han antok likevel at de fleste mennesker vil søke behovstilfredsstillelse i den rekkefølgen som behovshierarkiet angir, men at et behov ikke må være tilfredsstilt hundre prosent før neste behov dukker opp (ibid).

Til tross for utbredt innflytelse har Maslows motivasjonsteori blitt sterkt kritisert. Den viktigste kritikken går ut på at behovskategoriene er upresist formulert og at innholdet i dem derfor er uklart. Det blir derfor vanskelig og empirisk kunne fastslå at de fem behovskategoriene er ordnet i en innbyrdes hierarkisk rekkefølge (ibid). Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) nyter motivasjonsteori størst respekt blant dagens individorienterte behovsteorier. David McClellands utviklet sin teori med utgangspunkt i Maslows behovshierarki og kritikken som er rettet mot hans teori (ibid). Hovedresonnementet i McClelland er at menneskelige behov er ordnet langs et kontinuum som betyr at det er mulig å søke behovstilfredsstillelse i begge retninger (Jacobsen og Thorsvik, 2007; Kaufmann og Kaufmann, 2003). Dette innebærer at selv om fysiologiske behov ikke er tilfredsstilt, kan likevel behovet for sosial tilhørighet og samhandling med andre være den viktigste motivasjonen for atferd. McClelland tar utgangspunkt i at mennesket handler ut fra tre grunnleggende behov, behovet for makt, tilhørighet og prestasjoner (ibid).

Den generelle oppfatningen på 1960-tallet, da Herzberg gjennomførte sine studier, var at endring på forhold som skapte misfornøyde medarbeidere, for eksempel lønnskompensasjonen, ville medføre økt trivsel og jobbmotivasjon, og derav også høyere ytelse (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Herzberg avdekket derimot gjennom sine undersøkelser at tilfredshet og mistrivsel i arbeidet var relatert til ulike forhold. Faktorer som bidro til økt jobbtrivsel og derigjennom motiverte medarbeidere til bedre ytelser, knyttet seg til elementer kun ved selve arbeidet og arbeidsoppgavenes karakter. Faktorer som hyppigst ble nevnt som årsaker til mistrivsel i arbeidet knyttet, seg derimot til elementer ved arbeidsmiljøet og til omkringliggende forhold til selve arbeidet (ibid).

2.3 Jobbtilfredshet

Jobbtilfredshet kan sies å være i hvilken grad folk liker jobben sin og er et av de mest studerte tema i arbeidslivet (Kaufmann og Kaufmann, 2003; Spector, 1997). Studier om jobbtilfredshet gir kunnskap om hvordan individet fungerer i et arbeidsforhold/en organisasjon, både med hensyn til produktivitet, trivsel, fravær og personalgjennomtrekk. For arbeidstakere representerer jobbtilfredshet en verdi i form av trivsel og en følelse av å ha et meningsfullt og engasjerende arbeid. For organisasjoner sitt vedkommende er jobbtilfredshet en vesentlig forutsetning for å beholde og rekruttere kompetente medarbeidere (Kaufmann og Kaufmann, 2003). Økt tilfredshet og trivsel antas å stimulere til både bedre yteevne og økt

kvalitet på arbeidet. Jobbtilfredshet antas dessuten å bidra til bedre helse, økt livskvalitet og opplevelse av følelsesmessig velvære (ibid).

2.3.1 Begrepet jobbtilfredshet

Jobbtilfredshet kan defineres på flere måter avhengig av det teoretiske perspektivet definisjonen bygges på (Kaufmann og Kaufmann, 2003). De første systematiske forsøk på å studere jobbtilfredshet som eget tema startet på 1930 – tallet. Frederick W. Taylor var allerede i 1912 opptatt av arbeideres holdninger til arbeidet og hva som bidro til tilfredse og produktive medarbeidere, ved utvikling av teorien "Scientific Management" (Locke, 1976). Taylor konkluderte med at jobbmotivasjon i all hovedsak var relatert til individets behov for økonomisk vinning, ved at økt produktivitet og trivsel ble utløst av god lønn for liten innsats (ibid). I moderne tid er fokuset derimot mer rettet mot det kognitive og emosjonelle aspektet ved jobbtilfredshetsbegrepet, enn på individets behov (Spector, 1997). Et slikt fokus vektlegges blant annet av Edwind Locke som beskriver jobbtilfredshet som en lystbetont og positiv tilstand, som utløses på grunnlag av en persons vurdering av sitt arbeid (Locke, 1976). Lockes definisjon av jobbtilfredshet er mest benyttet i litteraturen: *"Job satisfaction may be defined as a pleasurable and positiv emotional state resulting from the appraisal of one's job or experiences"* (Locke, 1976: s. 1300).

Spector (1997) definerer jobbtilfredshet som en global følelse overfor jobben, eller som et sett av følelser eller tankemønster i tilknytning til ulike områder eller deler av jobben: *"Job satisfaction can be considered as a global feeling about the job or as a related constellation of attitudes about various aspects or facets of the job"* (Spector, 1997: s. 2).

En global tilnærming i studier om jobbtilfredshet kan omhandle en kartlegging av ansattes generelle trivsel eller mistrivsel i jobben (Spector, 1997). Ifølge Spector (1997) vil antakelig en kartlegging av individets følelser i tilknytning til mer spesifikke områder av jobben bidra til et mer fullstendig bilde av individets jobbtilfredshet. Områder som hyppigst undersøkes i jobbtilfredshetsstudier er lønnskompensasjon, frynsegoder, medarbeidere, veiledere/ledere, elementer ved selve arbeidet og/eller ved organisasjonen (ibid). Ifølge Spector (1997) har ofte ansatte sprikende følelser og oppfatninger av ulike elementer ved arbeidet. For eksempel kan enkelte trives godt med kollegaer og samtidig være misfornøyd med sin lønnskompensasjon (ibid).

Moderne psykologi definerer jobbtilfredshet som en holdning, mens tidligere definisjoner beskriver begrepet som en emosjonell tilstand (Kaufmann og Kaufmann, 2003). En ”jobbholdning” reflekterer individets følelsesmessige (affektiv), kognitive (tankemessig) og atferdsintensjonskomponent i tilknytning til sin spesifikke jobb (ibid). Den affektive komponenten reflekterer individets følelser for sin jobb, eksempelvis hvorvidt individet er ”glad i jobben sin”. Den kognitive komponenten omhandler individets tanker om jobbens betydning og hvorvidt arbeidet oppleves meningsfullt. Atferdskomponenten reflekterer innholdet i individets intensjoner for sin jobb, som for eksempel at ”jeg tror jeg blir her” (ibid).

Ifølge Kaufmann og Kaufmann (2003) kan en oppfatning av jobbtilfredshet som en ”jobbholdning” tilsa at jobbtilfredshet kan sies å være et samlebegrep for de mange forskjellige holdningene individet kan ha til sin jobb.

2.3.2 Teoretiske perspektiver på jobbtilfredshet

Hawthorne-studiene startet på slutten av 1920-tallet og pågikk over en seksårsperiode. I disse studiene ble sosiale faktorer innflytelse på produksjon undersøkt for første gang. Ledelsesstrategier, antall hvilepauser, arbeidernes holdninger og moral, uformelle arbeidsgrupper og sosiale forhold på arbeidsplassen, var faktorer som ble vektlagt i Hawthorne-studiene (Locke, 1976). I motsetning til Taylors ”Scientific Management” konkluderte Hawthorne-studiene med at lønn spilte en mindre rolle for jobbtilfredsheten enn det sosiale behovet for anerkjennelse (ibid). Både psykologiske faktorer og den uformelle strukturen i en organisasjon viste seg å ha innvirkning på arbeideres produktivitet. Flere store kartleggingsundersøkelser innenfor jobbtilfredshet ble gjennomført i 1930-årene og hovedresultatene i undersøkelsene var ofte i samsvar med Hawthorne-forskningen (ibid). Hawthorne-studiene ble dermed retningsgivende for jobbtilfredshetsforskning helt frem til sent på 1950-tallet, og var forløperen til ”Human Relations” bevegelsen i industrien. ”Human Relations” fremhevet ledelsens betydning for å oppnå økt produktivitet og tilfredshet i arbeidet, og nådde sitt høydepunkt på slutten av 1950-tallet (ibid).

Fokus på selve arbeidet som jobbtilfredshetskilde var en faktor som lenge hadde vært ignorert. På 1960-tallet begynte forskere og teoretikere å undersøke hvilke innvirkninger elementer ved selve arbeidet viste seg å ha på arbeidernes jobbholdning. Dette ble starten på en ny trend i forskning på jobbtilfredshet. Herzberg, Mausner og Snydermans introduksjon av

”Motivation to Work” i 1959, ble retningsgivende for den nye trenden. Herzberg fremhevet tilstrekkelig ansvar og muligheter for psykologisk/personlig vekst som vesentlige faktorer ved arbeidet, som ville styrke individets jobbtilfredshet. Oppfatningen om arbeidet i seg selv som en sentral faktor for å bidra til økt arbeidsmoral og produktivitet fikk raskt gehør og ble populær (Locke, 1976). Locke (1976) fremhever Maslows behovshierarki og Herzbergs to-faktors motivasjonsteori som to dominerende teorier om jobbtilfredshet. Begge teorier forsøker å spesifisere bestemte behov som må tilfredsstilles for at individet skal føle tilfredshet i sitt arbeid (ibid). Ifølge Locke (1976) er Herzbergs motivasjonsfaktor, personlig vekst, en hovedforutsetning for jobbtilfredshet, og slik vekst relateres kun til elementer ved arbeidet i seg selv (ibid). Ifølge Locke (1976) har det i kjølvannet av Herzbergs motivasjonsteori pågått fruktbare diskusjoner om hvordan arbeidet kan reorganiseres for å bidra til personlig vekst. Selv om Herzberg ikke var den første som satt fokus på personlig vekst og dets tilknytning til elementer ved selve arbeidet, fremhever Locke (1976) han som hoveddrivkraften for senere jobbtilfredshetsforskning.

2.3.3 Innholdsteori og prosessteori – en oversikt

Det eksisterer mange ulike teorier og modeller om jobbtilfredshet. I litteraturen skilles jobbtilfredshetsteorier likevel tradisjonelt mellom innholdsteori og prosessteori (Kaufmann og Kaufmann, 2003; Locke, 1976).

I innholdsteori fremheves menneskelig behovstilfredsstillelse som en avgjørende faktor for å skape jobbtilfredshet. Behovsteori og fasett-teori om jobbtilfredshet er eksempler på innholdsteorier. Maslows behovshierarki og Herzbergs tofaktorteori er to svært betydningsfulle motivasjons- og behovsteorier. (Locke, 1976; Kaufmann og Kaufmann, 2003). Et vesentlig element i prosessteori er derimot hvordan individets forventninger, behov og verdier i samspill med elementer ved arbeidet i seg selv, som for eksempel arbeidets vanskegrad, kan utløse jobbtilfredshet.

Verdidiskrepansteori og sosial påvirknings- og informasjonsbehandlingsteori er eksempler på prosessteori. I prosessteori betraktes jobbtilfredshet som et resultat av samspillet mellom individets personlige behov, verdier og forventninger til sin spesifikke jobb og arbeidsmiljø (Kaufmann og Kaufmann, 2003). Noen arbeidstakere vil for eksempel ha høyere prestasjonsnivå enn andre. Dette betyr at dersom et arbeidssted gir få utfordringer og lite rom for prestasjonsutfoldelse, vil individer med høyere prestasjonsnivå bli frustrert og føle

reduisert jobbtilfredshet, sammenliknet med individer med lavere prestasjonsbehov (ibid). I prosessesteori betraktes jobbtilfredshet som avviket (diskrepansen) mellom det jobben kan tilby og det personen selv forventer, trenger eller verdsetter (ibid). Ifølge Kaufmann og Kaufmann (2003) er Edwind Lockes teori et eksempel på en såkalt diskrepansteori. Vesentlig i diskrepansteori er at jobbtilfredshet er et resultat av at individet får mindre ut av jobben enn ønsket (ibid). Lockes resonnement var at jobbtilfredshet er utløst av resultatoppnåelse, som for eksempel ved at belønning samsvarer med ønsket mål (resultat).

2.4 Oppsummering av begrepene arbeidsmotivasjon og jobbtilfredshet

Arbeidsmotivasjon og jobbtilfredshet defineres ulikt i litteraturen. Jobbmotivasjon defineres som en energisk kraft, utløst av individets ytelse og prestasjoner, som igangsetter handling (arbeidsrelatert atferd) og i tillegg har en retning (et mål). Jobbtilfredshet reflekterer derimot individets tanker og følelser overfor sin jobb, og kan sies å være i hvilken grad individet liker eller misliker jobben sin. Til tross for ulike definisjoner synes det likevel vanskelig å se en tydelig grensedragning mellom begrepene i litteraturen. Slik jeg ser det brukes ordene til dels om hverandre, men da slik at jobbtilfredshet favner videre enn jobbmotivasjon. Sammenliknet med motivasjonsforskning representerer jobbtilfredshetsstudier hovedtyngden i moderne forskning. Søk på jobbtilfredshetsbegrepet gir dermed flere treff enn søk på motivasjonsbegrepet.

Frederick Herzberg forsøkte å tydeliggjøre trivselselementer i arbeidssammenheng. Han gjør et klart skille mellom trivselselementer og forhold som skaper mistrivsel i arbeidet. Herzbergs resonnement var at det kun er trivselsfaktorer som skaper motiverte medarbeidere og dermed styrker individets yteevne og øker produktiviteten. Faktorer som skaper trivsel er relatert til elementer ved selve arbeidet og betegnes av Herzberg som motivasjonsfaktorer. Manglende motivasjonsfaktorer skaper ifølge Herzberg ikke en følelse av utilfredshet hos individet, men fører til en mer nøytral og distansert holdning til arbeidet. Elementer som hyppigst utløste mistrivsel i Herzbergs undersøkelser knyttet seg til omkringliggende forhold ved selve jobbinnholdet. Disse elementene fikk betegnelsen hygienefaktorer. Det er rimelig å forstå Herzberg resonnement på en slik måte at desto sterkere jobbmotivasjon, jo mindre vesentlig blir individets tilfredshet med jobbens hygienefaktorer. Tilsvarende vil behovet for tilfredshet med hygienefaktorer bli mer fremtredende dersom jobbmotivasjonen er svak. Susie Kims

praksisdomene inneholder visse strukturmessige likheter med Herzbergs todeling av motivasjon- og hygienefaktorer i relasjon til trivsel og mistrivsel i arbeidet. Kim (1987) betegner endogene og eksogene faktorer som vesentlige for å forstå praksisdomenet i sin sykepleieteori. Endogene faktorer omhandler sykepleiers personlige egenskaper, erfaring, holdninger og engasjement. Eksogene faktorer dreier seg derimot om organisatoriske elementer i tilknytning til sykepleierutøvelse, kultur, kvalifikasjonskrav, tid- og romaspekter (ibid). I motsetning til Herzbergs skille mellom motivasjons- og hygienefaktorer er Kims resonnement det ene elementet ikke er viktigere enn det andre. Kim (1987) fremhever derimot at effektiv sykepleierutøvelse både er betinget av sykepleiers kvalifikasjoner, personlige egenskaper og den rammen arbeidet utføres innenfor.

Slik jeg forstår litteraturens definisjoner av begrepet motivasjon, som utløst av individets ytelse og prestasjoner, sammenfaller dette med Herzbergs resonnement om at jobbmotivasjon knytter seg til elementer ved selve arbeidet. Det er rimelig å relatere begreper som ”ytelse” og ”prestasjon” til Herzbergs resonnement om at gode prestasjoner i forbindelse med selve yrkesutøvelsen skaper sterk tilfredshet hos individet/medarbeiderne. Motivasjon har dermed nær tilknytning til elementer ved Herzbergs motivasjonsfaktorer ”arbeidet i seg selv” og ”prestasjoner”. Ifølge Pinder (1998) utløses motivasjon imidlertid både av indre og ytre stimuli. Dette tilsier i motsetning til Herzberg at jobbmotivasjon påvirkes av elementer både ved arbeidet i seg selv og omkringliggende forhold til selve jobbinnholdet. Jacobsen og Thorsvik (2007) fremhever at individuelle behov og preferanser tilsier at man ikke kan ta for gitt at individer i samme organisasjon motiveres av like forhold. Noen motiveres av utsikter til lønn mens andre motiveres av sosialt samhold eller anerkjennelse fra ledere, kollegaer eller klienter gjennom arbeidet de gjør (ibid).

Fokuset i moderne forskning omhandler i stor grad hvordan folk har det på jobb. Dette innebærer en vurdering av elementer både ved selve jobbinnholdet og til omkringliggende forhold til selve arbeidet. Studier viser nettopp at elementer både ved jobbinnholdet, og de omkringliggende forholdene til selve arbeidet, påvirker individets jobbtilfredshet. Dette står i motsetning til Herzbergs resonnement om at det kun er elementer i tilknytning til selve jobbinnholdet som skaper trivsel og derigjennom motiverte medarbeidere.

Jobbtilfredshetsstudier blant sykepleiere i psykiatrifeltet viser at jobbtilfredshet påvirkes både av Herzbergs motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer. Et meningsfullt og interessant arbeid, resultater av eget arbeid, beslutningsmyndighet, mulighet til profesjonell og personlig vekst,

ansvar og selvstendighet er vesentlige elementer som styrker sykepleiers jobbtilfredshet. Dette er alle elementer som avspeiler Herzbergs motivasjonsfaktorer. I tillegg er trivselementer som kollegialitet, mangel på samarbeid og respekt for sykepleierrollen i det tverrfaglige teamet, pålagt overtid, utrygge arbeidsforhold med for eksempel uforutsigbare og voldelige pasienter, redusert tilgjengelighet på avansert teknologi som for eksempel alarmsystem, vesentlige elementer som påvirker sykepleiernes jobbtilfredshet.

Ut fra beskrivelsene overfor er det rimelig å betrakte jobbtilfredshet som et samlebegrep for elementer som påvirker trivsel i arbeidssammenheng. Herzberg på sin side har derimot spesifisert og tydeliggjort trivsels- og motivasjonselementer i jobben og fremhever at det kun er slike elementer som skaper jobbmotivasjon. Manglende motivasjonsfaktorer i arbeidet medfører likevel ikke mistrivsel og utilfredshet, med resulterer i en mer nøytral og distansert holdning til arbeidet. Manglende hygienefaktorer viste seg derimot i Herzbergs studier å være vesentlige kilder til misnøye hos arbeiderne. Hygienefaktorer kan imidlertid ikke i seg selv skape trivsel og derigjennom jobbmotivasjon. Hygienefaktorer skaper kun en nøytral holdning til jobben.

Etter min oppfatning fungerer Herzbergs teori godt som et rammeverk i kartleggingsundersøkelser om jobbtilfredshet. Herzbergs teori danner rammeverket for den foreliggende undersøkelsen av jobbtilfredshet blant sykepleiere ansatt ved akuttpsykiatrisk avdeling. Nedenfor presenteres Frederick Herzbergs tofaktors motivasjonsteori.

2.5 Frederick Herzberg tofaktors motivasjonsteori

2.5.1 Innledning

Frederick Herzbergs tofaktors motivasjonsteori har vært utgangspunktet for en rekke motivasjonsstudier i flere land, og teorien regnes for å være den første fullstendige teorien om jobbtilfredshet. Teoriens grunnprinsipp er at medarbeidere som trives er produktive. Til tross for kulturelle forskjeller er det ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) en klar tendens til at ansatte kopler jobbtilfredshet til elementer ved arbeidsoppgavene (jobbinnholdet), mens mistrivsel koples til de omkringliggende forhold ved selve arbeidet. Dette støtter en argumentasjon om at arbeidsoppgaver, utfordringer og utviklingsmuligheter i tilknytning til

jobbinnholdet og individets opplevelse av å mestre jobbens utfordringer, er vesentlige elementer som påvirker jobbmotivasjon (ibid).

Ifølge Herzberg et al (1993) vil et arbeid som gir rikelig med anerkjennelse, læring og vekst, involvering og ansvar, skape høy tilfredshet hos medarbeidere. Dersom disse faktorene svikter blir imidlertid ikke individet aktivt utilfreds, men mer nøytral og distansert i arbeidssammenheng (ibid). Tilfredsstillende lønnskompensasjon, et behagelig fysisk arbeidsmiljø, status og jobbsikkerhet skaper derimot ikke i seg selv tilfredshet og motivasjon for arbeidet. Dersom slike elementer mangler eller "svikter" vil individet likevel føle seg direkte utilfreds (ibid). Herzberg et al (1993) relaterer jobbtildfredshet til selve jobbinnholdet. I avsnittene nedenfor gis først en presentasjon av Herzberg tofaktors motivasjonsteori. Deretter gis en ytterligere beskrivelse av motivasjons- og hygienefaktorene.

2.5.2 Presentasjon av Herzbergs tofaktors motivasjonsteori

Herzberg og hans medarbeidere søkte å kartlegge årsakene til trivsel og mistrivsel i en gruppe på 200 ingeniører og regnskapsfolk. Den opprinnelige forskningsundersøkelsen for kartleggingen fikk betegnelsen "motivation to work" og ble gjennomført i 1959. Gjennom intervjuer ble deltakere bedt om å referere til episoder de mente hadde ført til trivsel og mistrivsel i sitt arbeid. Undersøkelsen viste at faktorer som ble nevnt som årsak til trivsel var andre enn faktorer som ble ansett som årsak til mistrivsel (Herzberg et al, 1993).

Trivselsfaktorer knyttet seg til selve arbeidet og individets opplevelse av ansvar, anerkjennelse, prestasjoner, forfremmelse og vekst. Slike elementer fikk betegnelsen motivasjonsfaktorer (M-faktorer) og ble betraktet som indre motivasjonsfaktorer (Herzberg et al, 1993). Faktorer som hyppigst ble nevnt som årsak til mistrivsel omhandlet forhold mer perifere for selve arbeidssituasjonen. Disse knyttet seg til elementer ved bedriftens administrasjon og ledelse, fysiske arbeidsforhold, mellommenneskelige forhold, økonomisk godtgjørelse, status og trygghet i arbeidet og i privatlivet. Slike faktorer fikk betegnelsen hygienefaktorer og ble betraktet som ytre motivasjonsfaktorer (ibid). Ifølge Herzberg et al (1993) er motivasjons- og hygienefaktorer grunnleggende forskjellige. Jobbmotivasjonsfaktorer knytter seg til elementer ved selve arbeidet "the actual job", mens hygienefaktorer er relatert til omkringliggende forhold til selve arbeidet og bidrar til å beskrive de ansattes jobbsituasjon "describe the job situation" (ibid).

Herzberg et al (1993) ser hygienefaktorer i sammenheng med prinsipper for medisinsk hygiene. Slike prinsipper omhandler tiltak for å fjerne helsefare fra omgivelsene og har heller en forebyggende enn en helbredende effekt på omgivelsene. God hygiene er en forutsetning for å hindre sykdomsutbrudd, men kan ikke i seg selv skape sunnhet (ibid). Tilsvarende vil ødeleggende faktorer i arbeidets omgivelser kunne bidra til nedsatt jobbtilfredshet. Herzberg et al (1993) fremhever forbedring av hygienefaktorer som vesentlig ved forebygging av mistrivsel blant ansatte, slike faktorer kan imidlertid ikke i seg selv skape trivsel (ibid).

Konklusjonen i "motivation to work" ble at motivasjonsfaktorer skaper trivsel i den grad de er til stede, men skaper ikke mistrivsel dersom de ikke finner sted (Herzberg et al, 1993). Sviktende hygienefaktorer er derimot direkte årsaker til mistrivsel hos ansatte. Tilfredshet med hygienefaktorer kan likevel i seg selv ikke skape jobbtrivsel (ibid). Jobbtrivsel er dermed "todimensjonal" ved at den påvirkes av to selvstendige faktorer, motivasjons- og hygienefaktorer. Derfor fikk Herzbergs motivasjonsteori betegnelsen tofaktorteorien. Ifølge Bjørvik og Haukedal (1997) kan en ledelse som tilrettelegger for godt fysisk arbeidsforhold, gode mellommenneskelige forhold og tilfredsstillende lønnskompensasjon forebygge mistrivsel. Etter Herzbergs resonnement skaper imidlertid ikke slike tiltak trivsel i seg selv. Dersom en bedrift på den annen side gir sine ansatte et interessant, variert og skapende arbeid, anerkjennelse for godt utført arbeid og vekstmuligheter vil dette bidra til økt jobbtrivsel og derigjennom motiverte medarbeidere. Svikt eller mangel på slike elementer leder likevel ikke til mistrivsel, men resulterer i en nøytral og distansert innstilling til arbeidet (ibid).

Herzberg et al (1993) deler arbeidstakers ønsker i to grupper. Den ene gruppen omhandler individets behov for personlig utvikling i sin yrkesfaglige beskjeftigelse. Den andre gruppen fungerer som en grunnleggende base for den første, og knytter seg til hygienefaktorer som rettferdig behandling fra bedriftens ledelse vedrørende økonomisk godtgjørelse samt tilrettelegging for tilfredsstillende arbeidsforhold (ibid). Behovstilfredsstillelse av hygienefaktorer forebygger mistrivsel, men kan ikke gi individet en grunnleggende trivsel i arbeidet. Det er derfor kun gjennom utøvelse av oppgaver at individet kan oppnå belønning som styrker innstillingen til arbeidet (ibid).

2.5.3 En nærmere beskrivelse av motivasjonsfaktorene

Herzbergs motivasjonsfaktorer knytter seg til selve yrkesutøvelsen og jobbinnholdet. Slike elementer omhandler for eksempel individets opplevelse av suksessfull yrkesutøvelse,

anerkjennelse for godt utført arbeid, forfremmelse som følge av profesjonell vekst og opplevelsen av et meningsfullt arbeid (Herzberg et al, 1993). Nedenfor gis en kort beskrivelse av Herzbergs motivasjonsfaktorer.

Ansvar (responsibility)

Herzberg knytter ansvarsbegrepet til individets ansvar og autoritet i arbeidssammenheng. Herzberg et al (1993) fremhever individets ansvar for eget og/eller andres arbeid, samt tildeling av nye ansvarsområder, som vesentlige elementer for å styrke jobbtrivselen og derigjennom motiverte medarbeidere.

Anerkjennelse (recognition)

Herzberg relaterer begrepet anerkjennelse til individets opplevelse av andres holdninger til en selv. Opplevelse av anerkjennelse knytter seg til hvordan andre henvender seg til en, følelsen av å bli tatt hensyn til og å bli respektert av medarbeidere og/eller de personer man omgås i arbeidssammenheng (Herzberg et al, 1993). Anerkjennelse kan komme fra nærmeste hvem som helst. Det være seg personer i bedriftens ledelse, kunder/klienter, medarbeidere og befolkningen for øvrig (ibid).

Motivasjonsfaktoren anerkjennelse berører sterkt arbeidsplassens mellommenneskelige forhold, ”interpersonal relations”, som av Herzberg er betegnet som en hygienefaktor. Selv om disse forholdene berører hverandre sterkt, fremhever Herzberg et al (1993) at faktorene omhandler ulik tematikk og vektlegger forskjellige forhold. Individets opplevelse av anerkjennelse knytter seg til positiv bekreftelse fra medarbeidere, personer i bedriftsledelsen eller andre i organisasjonen, for godt utført arbeid (ibid). Hygienefaktoren mellommenneskelige forhold knytter seg på sin side til karakteristiske trekk ved selve interaksjonen mellom arbeidsplassens individer. Samhandling under selve arbeidsutøvelsen og sosial kontakt i pauser og aktiviteter utenom arbeidstid reflekterer, arbeidsplassens mellommenneskelige forhold.

Herzberg avdekket en sterk sammenheng mellom individers opplevelse av å få anerkjennelse i arbeidssammenheng og økt jobbmotivasjon. Herzberg et al (1993) fremhever motivasjonsfaktoren ”prestasjoner” som en viktig forutsetning for individets opplevelse av anerkjennelse i sitt arbeid.

Prestasjoner (achievement)

Motivasjonsfaktoren ”prestasjoner” knytter seg til selve arbeidsutøvelsen (Herzberg et al, 1993). Opplevelse av suksessfull problemløsning og fullbyrdelse av et arbeid samt det å se resultater av eget arbeid styrker innstillingen til arbeidet, og øker individets jobbtrivsel og derigjennom motivasjon for arbeidet (ibid).

Kaufmann og Kaufmann (2003) forklarer prestasjoner som den tilfredshet individet kjenner ved problemløsning av arbeidsoppgaver og ved å fullføre en jobb. Folk trives når de føler at deres ytelser medfører gode resultater.

Arbeidet i seg selv (work itself)

Arbeidet er i seg selv en kilde til gode eller dårlige følelser i forhold til jobben, og knytter seg til elementer ved jobbens arbeidsoppgaver og individets arbeidsutøvelse (Herzberg et al, 1993). Et arbeid kan oppleves kreativt, utfordrende, variert, rutinepreget, meningsløst, lett eller vanskelig (ibid). Uavhengig av prestasjoner, yrkesutøvelse og opplevelse av anerkjennelse fremhever Herzberg et al (1993) at en opplevelse av å ha et kreativt, utfordrende og variert arbeid med muligheter til å gjennomføre arbeidet fra begynnelse til slutt, skaper en følelse av voldsom tilfredshet hos de ansatte.

Vekstmuligheter (possibility of growth)

Vekstmuligheter knytter seg både til karrieremuligheter i form av stigningsmuligheter i organisasjonen samt muligheter for faglig utvikling og avansement innenfor tilhørende yrkesprofesjon. Avansement innenfor egen profesjon omhandler både en videreutvikling av allerede ervervet kunnskap samt muligheter til å ta til seg ny kunnskap i relasjon til eget fagfelt. Slike elementer bidrar til å styrke individets profesjonelle trygghet (Herzberg et al, 1993).

Herzberg fremhever personlig vekst og utvikling i en organisasjon som et vesentlig trivselselement i arbeidssammenheng. Forfremmelse i stillingssammenheng styrker individets opplevelse av personlig vekst, anerkjennelse, ansvar og gode prestasjoner. Karrieremuligheter er dermed av vesentlig betydning for økt trivsel og derigjennom styrket jobbmotivasjon (ibid).

2.5.4 En nærmere beskrivelse av hygienefaktorene

Herzbergs hygienefaktorer omhandler karakteristiske elementer ved arbeidskonteksten. De knytter seg til organisasjoners fysiske arbeidsforhold, mellommenneskelig forhold, bedriftsledelse og administrasjon, arbeidets innvirkning på individets privatliv, jobbsikkerhet og lønn. Ifølge Herzberg et al (1993) kan hygienefaktorer forebygge mistriksel, men de kan ikke skape trivsel og tilfredshet i arbeidet. Nedenfor gis en kort beskrivelse av tofaktorteoriens hygienefaktorer.

Sikkerhet i arbeidsforholdet (job security)

Individets jobbsikkerhet knytter seg til objektive tegn ved arbeidsforholdet som for eksempel elementer ved tjenesteforholdet eller stabile/ustabile forhold ved bedriften (Herzberg et al, 1993). Dette tilsier at elementer som helsefarlig arbeid og ustabilt ansettelsesforhold vil kunne være direkte kilder til individets mistriksel i en organisasjon. Det er rimelig å anta at fagforeningers funksjon ved blant annet juridisk beskyttelse av ansatte kan bidra til en følelse av jobbsikkerhet.

Arbeidets innvirkning på privatlivet (factors in personal life)

Arbeidstid, bosted, boligforhold, lønnskompensasjon og mulighet for barnehageplass er elementer i tilknytning til arbeidssituasjonen som kan påvirke arbeidstakers privatliv i en slik grad at det påvirker følelsene for arbeidet (Herzberg et al, 1993).

Mellommenneskelige forhold (interpersonal relations)

Mellommenneskelige forhold på arbeidsplassen knytter seg til samhandling mellom ansatte i forbindelse med selve arbeidsutførelsen, pauser og fellesaktiviteter utenom arbeidstid (Herzberg et al, 1993). Herzberg skiller mellom "purely social" og "sociotechnical" interaksjon mellom ansatte. Førstnevnte omhandler sosial samhandling mellom ansatte i kaffepauser og aktiviteter utenom arbeidstid. Sistnevnte knytter seg kun til samhandling i forbindelse med ansattes arbeidsutøvelse (ibid). Mellommenneskelige forhold påvirkes blant annet i tilknytning til ansattes endringer i status. Individets opplevelse av anerkjennelse er dessuten påvirket av jobbens mellommenneskelige forhold (ibid).

Arbeidsforhold (working conditions)

Arbeidsforhold knytter seg til arbeidsplassens omgivelser og tilrettelagte muligheter for utførelse av et tilfredsstillende arbeid. Dette omhandler arbeidsplassens fysiske arbeidsforhold, arbeidets omfang og tilgjengelige fasiliteter for selve arbeidsutøvelsen (Herzberg et al, 1993). Tilfredsstillende/utilfredsstillende lysforhold, arbeidsredskaper og fysisk plass er eksempler på elementer som påvirker arbeidsforholdene (ibid).

Lønnsforhold (salary)

Ifølge Herzberg et al (1993) omhandler hygienefaktoren lønnsforhold alle forhold i arbeidssammenheng hvor en økonomisk kompensasjon er aktuell. Akseptert/uakseptert forsterkning i form av lønn fremheves som et vesentlig element som påvirker individets følelser for sitt arbeid (ibid).

Status (status)

Individets oppfatning av egen status i jobbsammenheng er sterkt påvirket av samfunnets holdning til den enkelte fagposisjon, og til hva den enkelte arbeidstaker selv legger i statusbegrepet (Herzberg et al, 1993). I utgangspunktet antok Herzberg og hans medarbeidere at ethvert avansement i arbeidssammenheng ville påvirke og medføre endring i individets status. Herzbergs undersøkelser viste derimot at statusbegrepet hadde sterk sammenheng med individets følelser i tilknytning til omkringingliggende forhold ved selve arbeidet. Slike forhold var blant annet individets tilgang til en sekretær i forbindelse med avansement i stillingssammenheng, mulighet til å kjøre firmabil eller manglende tillatelse til å spise mat på firmaets regning(ibid).

Administrasjon og ledelse (company policy and administration)

Bedriftens administrasjon og organisering påvirker ansattes følelser i forhold til jobben Herzberg et al (1993). I denne sammenheng fremheves beslutningsmyndighet i forbindelse med selve yrkesutøvelsen og medbestemmelse vedrørende tilrettelegging av arbeidsrutiner og hjelpemidler i tilknytning til arbeidsutførelsen (ibid). Herzberg fremhever dessuten at bedriftens interne og eksterne samarbeidsformer er vesentlige elementer som kan påvirke jobbtrivsel. Ifølge Herzberg et al (1993) kan en bedriftsledelse som ikke leder i tråd med arbeidstakers egne prinsipper påvirke jobbtrivselen. Det samme gjelder dersom arbeidstaker stadig er uenig i bedriftens ulike beslutninger.

Veiledning (supervision-technical)

Ifølge Herzberg et al (1993) vil en veileder som i all hovedsak viser en kritisk atferd, klager og syter direkte skape mistrivsel blant de ansatte. En veileder som er uvillig til å delegere bort ansvar eller til å lære bort kunnskap, kan også direkte skape mistrivsel hos de ansatte.

2.6 Jobbtilfredshet og kvaliteten på sykepleie

Det eksisterer nærmest en overveldende mengde med litteratur i tilknytning til temaet jobbtilfredshet. Tilsvarende gjelder vedrørende jobbtilfredshet blant sykepleiere generelt, mens det derimot eksisterer lite informasjon angående jobbtilfredshet blant sykepleiere i psykiatrifeltet (Aronson, 2005; Sharp, 2008; Ward og Cowman, 2007).

Ifølge Aronson (2005) og Sharp (2008) er arbeid i psykiatriske institusjoner betraktet for å være et vanskelig arbeidsfelt, hvor utbrenthet og høy turnover blant sykepleiere er vanlig. Happel, Martin og Pinikahna (2003) betegner stress og utbrenthet som et utstrakt problem innenfor sykepleieprofesjonen generelt og fremhever at slike elementer er vesentlige årsaker til jobbtilfredshet blant sykepleiere.

Psykiatrisk sykepleie som arbeidsfelt har vært gjenstand for store endringer som følge av desentralisering av det psykiatriske tjenestetilbudet. Desentraliseringen har medført økt fokus på sykepleiers rolle og krav til rolleforandring. Endringenes innvirkning på sykepleiers jobbtilfredshet har derimot blitt vist liten oppmerksomhet i litteraturen (Ward og Cowman, 2007). Ifølge Ward og Cowman (2007) fortsetter rekruttering og høy turnover av psykiatrisk sykepleiepersonell å være et vedvarende problem, til tross for at desentraliseringen har skapt nye karrieremuligheter. Studier viser at jobbtilfredshet fremstår som en hovedårsak til høy turnover blant sykepleiere (Majid, 2005; Tovey og Adams, 1999; Ward og Cowman, 2007). Quirk et al (2006) fremhever dessuten at høy turnover av personell og pasienter hemmer kontinuiteten og kan svekke kvaliteten på arbeidet.

Flere studier viser at jobbtilfredshet bidrar til økt kvalitet på sykepleiarbeidet, styrket pasientomsorg og lav turnover (Enging og Cam, 2006; Farrel og Darres, 1999; Hanrahan og Aiken, 2008; Landeweerd og Boumans, 1988; Sharp, 2008; Robinson et al, 2005; Ward og Cowman, 2007). Studier viser dessuten at jobbtilfredshet og jobbens stressnivå er vesentlige elementer som påvirker sykepleiers fysiske og psykiske helse og velvære (Landeweerd og Boumans, 1988; Ward og Cowman, 2007). Ifølge Sharp (2008) vil jobbtilfredshetsstudier

blant psykiatriske sykepleiere samt iverksetting av tiltak som følge av disse, bidra til å rekruttere tilbake sykepleiere som har forlatt psykiatrifeltet samt gjøre psykiatrisk sykepleie til en attraktiv profesjon (ibid).

Ifølge Enging og Cam (2006) er sykepleiers opplevelse av å ha en avgjørende rolle overfor pasienter, selvstendig arbeid og suksessfull relasjonsbygging med pasienter vesentlige elementer som bidrar til økt jobbmotivasjon. Tilsvarende fremhever Sharp (2008) at utnyttelse av egne evner, resultater av eget arbeid og ønsket resultat av pasientomsorgen er vesentlige elementer som påvirker sykepleiers jobbtilfredshet. Farrell og Dares (1999) fremhever dessuten at gode mellommenneskelige forhold på arbeidsplassen er av vesentlig betydning for sykepleiers jobbtilfredshet ved psykiatrisk akuttavdeling. Ifølge Sharp (2008) vil en ledelse som tilstreber en åpen kommunikasjon, opptrer etisk og rettferdig samt responderer på henvendelser i form av klager, styrke sykepleiers jobbtilfredshet. Sikkerhet i arbeidsforholdet, ledelsens konflikthåndteringsstrategier og tilretteleggelse av balanse mellom jobb og privatliv har tilsvarende effekt på sykepleiers jobbtilfredshet (ibid). Farrel og Darres (1999) fremhever at jobbtilfredshet både utløser energi for å styrke kvaliteten på arbeidet, reduserer forsømmelse av arbeidet og bidrar til økt jobbmotivasjon.

Faktorer som bidrar til jobbutilfredshet blant psykiatriske sykepleiere knytter seg hovedsakelig til elementer ved jobbens arbeidsforhold og omhandler dermed omkringliggende forhold til selve arbeidet (Enging og Cam, 2006; Sharp, 2008). Dårlige arbeidsforhold kjennetegnes av mangel på samarbeid og respekt for sykepleierrollen, fra arbeidsgiver, psykiatere og annet helsepersonell (ibid). Andre vesentlige elementer som bidrar til jobbutilfredshet er pålagt overtid, utrygge arbeidsforhold, grove/vulgære og til tider voldelige arbeidsforhold, redusert tilgjengelighet på avansert teknologi, mangel på datamaskiner, og automatisert overvåkningsutstyr ("personal digital assistants")(Sharp, 2008). Ifølge Enging og Cam (2006) er lønnskompensasjon dessuten en direkte kilde til jobbutilfredshet. Utilfredse og misfornøyde arbeidstakere har derimot større tendens til å utøve dårlig arbeid, skape problemer ved å spre ondsinnet sladder og å engasjere seg i sabotasjer (ibid).

Landeweerd og Boumans (1988) undersøkte jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere ved en psykiatrisk inntakstveddeling, korttidsavdeling og langtidsavdeling. Resultatene viste at sykepleiere ved psykiatrisk inntakstveddeling ga uttrykk for sterkere jobbtilfredshet enn sykepleiere ved de øvrige avdelingene (ibid). Pasienter ved inntakstveddelingen var forløpig

ikke preget av å være hospitalisert eller stigmatisert, men mottok kun akutt og intensiv behandling. Sykepleierne så raskt resultater av eget arbeid og oppfattet sykepleiarbeidet både som hensiktsmessig og meningsfylt (ibid). Landeweerd og Boumans (1988) knytter hovedsakelig sykepleieres sterke jobbtilfredshet ved psykiatrisk inntakstveddeling til elementer beskrevet overfor. I tillegg fremhever Landeweerd og Boumans (1988) at arbeidets natur ved psykiatrisk inntakstveddeling krever regelmessig og tett samhandling, både formelt og uformelt, mellom sykepleiere seg i mellom så vel som mellom sykepleiere og ledelsen. Sykepleiers evner og anlegg må dessuten utnyttes fullstendig. Videreutdanningsmuligheter og tilstrekkelig opplæring ble dermed vektlagt i stor grad ved psykiatrisk inntakstveddeling (ibid). Sykepleiarbeidet ved inntakstveddelingen omhandlet i stor grad teamarbeid som tilstrebet en åpen dialog som gav rikelige muligheter til å utveksle følelser, meninger og oppfatninger. Inntakstveddelingen har dessuten mulighet til å overføre ”vanskelige” pasienter til korttidsavdelingen (ibid). Landeweerd og Boumans (1998) relaterer også slike elementer til sykepleiernes sterke jobbtilfredshet ved psykiatrisk inntakstveddeling.

Happel et al (2003) sammenliknet graden av jobbtilfredshet og utbrenthet blant psykiatriske sykepleiere ved rettspsykiatrisk avdeling og allmennpsykiatrisk avdeling. Sykepleiere ved rettspsykiatrisk avdeling oppga sterkere jobbtilfredshet og mindre utbrenthet i forhold til sykepleiere ved allmennpsykiatrisk avdeling. Happel et al (2003) fremhever dette som overraskende med hensyn til at rettspsykiatri antas å være et mer stressende arbeidsområde enn allmennpsykiatri. Dette i forbindelse med at pasientarbeidet ved rettspsykiatrisk avdeling vurderes som farligere og mer uforutsigbart enn arbeidet ved allmennpsykiatrisk avdeling. Omstendigheter i rettspsykiatrisk avdeling vil derfor bidra til økt stressopplevelse og utbrenthet blant sykepleiere (ibid). Sykepleiere ved rettspsykiatrisk avdeling relaterte derimot jobbtilfredshet nettopp til selve arbeidssituasjonen (ibid). De oppfattet at de hadde tilstrekkelig beslutningsmyndighet, ansvarsmengde og gode muligheter for selvstendig arbeid (ibid). Gode samarbeidsforhold, tilstrekkelig rom for faglige diskusjoner i tilknytning til yrkesutøvelsen og tilfredsstillende muligheter for profesjonell og personlig vekst, var også vesentlige elementer sykepleiere ved rettspsykiatrisk avdeling, relaterte til sin jobbtilfredshet. Sykepleiere ved allmennpsykiatrisk avdeling derimot mindre tilfredshet med egen yrkesprofesjon, jobbens arbeidsforhold, kollegial støtte og muligheter for profesjonell vekst (ibid). Happel et al (2003) uttrykker bekymring vedrørende resultatene fra allmennpsykiatrisk avdeling, med hensyn til kvaliteten på omsorgsutøvelsen, rekruttering og turnover blant sykepleiere.

2.7 Psykiatrisk sykepleie

I litteraturen har den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient siden 1960-tallet vært betraktet som selve essensen i psykiatrisk sykepleiepraksis. Denne betraktningen understøttes dessuten i flere forskningsstudier som omhandler sykepleiere i dagens psykiatriske arbeidsfelt (Bee et al, 2007; Cleary, 2003; Evans, 2007; Fourie et al, 2005; Moyle, 2003). Ulikt fokus og filosofisk forankring har resultert i flere teorier vedrørende sammenhengen mellom sykepleiers ansvarsområde og hvilken assistanse sykepleier skal yte (Meleis, 2007). I denne sammenheng vil fokus være på interaksjonsteori der relasjonen mellom sykepleier og pasient fremheves som selve fundamentet for omsorgsutøvelsen.

Nedenfor gis en kort presentasjon av vesentlige elementer i interaksjonsteori. Hildegard Peplau og Ida Jean Orlando relasjonsteorier benyttes i forbindelse med klargjøring av vesentlige elementer ved sykepleiers relasjonsbygging med pasienter, og relasjonens betydning for reduksjon i pasienters helsesvikt. Til sist gis en kort presentasjon av forskningsresultater i tilknytning til sykepleiers relasjonsarbeid med psykisk syke pasienter i dagens helsevesen.

2.7.1 Interaksjon som sykepleiefaglig sekvens

Interaksjonsteoretikere betrakter sykepleie som en interaksjonsprosess der målet er å utvikle en relasjon mellom sykepleier og pasient. Denne relasjonen er selve fundamentet for sykepleiers omsorgsutøvelse og er et vesentlig virkemiddel for å bidra til endringer i pasientens helsetilstand. Hovedformålet i interaksjonsprosessen er å forebygge eller møte pasienters lidelse (Meleis, 2007). I interaksjonsteori beskrives sykepleie som en omsorgsgivende og assisterende funksjon. Sykepleier skal hjelpe pasienter til å identifisere sine problemer, finne mening samt bistå i handlinger som øker pasienters potensial og opplevelse av velvære (ibid). Sykepleier skal ivareta pasienters individualitet og integritet, avlaste pasienter for stress og tilrettelegge for pasienters utnyttelse av egne erfaringer fra sykdom og lidelse (ibid). For å kunne være i stand til å hjelpe må sykepleier kartlegge egne verdier, bruke seg selv på en terapeutisk måte og involvere seg i pasientomsorgen. Deltakelse i selvrefleksjon er av vesentlig betydning for at sykepleier skal kunne utvikle forståelse for pasienter og å bli i stand til å etablere relasjoner til pasienter og derigjennom lindre pasienters lidelse. Interaksjonsteoretikere fremhever sykepleiers sanseoppfatning av pasienter som et vesentlig element som bidrar til å forstå pasienters sykdom og dens betydning (ibid).

Interaksjonsteoriene vokste frem på 1950-tallet. Interaksjonsteoretikerne og psykiatriske sykepleiere, Peplau og Orlando, var de første som forsøkte å definere selve essensen i sykepleiefaget. Deres sykepleieteorier har nær tilknytning til sykepleiepraksis og har i stor grad bidratt til en økt forståelse for sykepleiers særegne funksjon og ansvarsområde. Særlig stor innflytelse har teoriene hatt på psykiatrisk sykepleiepraksis.

Peplau var den første som satt fokus på det mellommenneskelige aspektet i sykepleier–pasient-forholdet i boken ”Interpersonal Relations in Nursing”, som ble utgitt i 1952. Peplaus interaksjonsteori kan nyttiggjøres innenfor alle områder av sykepleiepraksis, men har hatt vesentlig betydning innenfor psykiatrisk sykepleie. Dette har sammenheng med at pasienter med psykiske lidelser generelt har problemer med kommunikasjon og tilknytning til andre mennesker (Peplau, 1994).

Både Peplau og Orlando betrakter mellommenneskelige relasjoner som det essensielle ved sykepleiefaget, og betegner relasjonen mellom sykepleier og pasient som selve ”hertet” av sykepleien (Forchuk, 1999). Ulike definisjoner av begreper som sykepleie og helse representerer imidlertid en vesentlig forskjell mellom Peplaus og Orlandos sykepleieteorier. Peplau forutsetter at sykepleier–pasient-relasjonen varer over et lengre tidsrom, mens Orlando fokuserer på den umiddelbare situasjonen ved at sykepleier skal identifisere og møte pasienters umiddelbare behov for hjelp ved helsesvikt og hjelpeløshet. Hovedformålet med sykepleie, slik Orlando oppfatter det, er å bidra til reduksjon i pasientens umiddelbare opplevelse av hjelpeløshet. Dette vil bidra til en økt opplevelse av velvære, og derigjennom bedre pasientens helse. Peplau betrakter derimot sykepleie som en utviklingsprosess som forutsetter regelmessig samhandling og kontinuitet over tid. Sykepleier skal bidra til å styrke pasienters personlighet, som et vesentlig ledd i pasienters personlige utvikling. Denne utviklingsprosessen vil resultere i bedring i pasienters helse (ibid). Flere teoretikere oppfatter Orlandos fokus på den umiddelbare situasjonen som en videreføring av Peplaus ”orienteringsfase”, hvor sykepleier skal observere og vurdere klienters atferd, benytte selvbevissthet og tydeliggjøre perspektiver. Peplaus ”orienteringsfase” omhandler imidlertid etablering av sykepleier–klient-relasjonen, mens Orlando fokuserer på sykepleiers identifikasjon av pasientens problemer, og hennes møte med pasientens umiddelbare behov (ibid).

2.7.2 Problemidentifisering

Et sentralt element i Orlandos interaksjonsteori er at sykepleier skal identifisere og møte pasienters umiddelbare behov for hjelp ved helsesvikt og opplevelse av hjelpeløshet. Orlando betrakter dette som selve hovedelementet ved selve interaksjonen (Meleis, 2007). Sykepleiers rolle og metoder knytter seg til det umiddelbare møtet med pasienten, selve interaksjonen mellom sykepleier og pasient og til sykepleiers handlingsvalg sammen med pasienten der og da (ibid). Pasienters handlinger påvirker sykepleiers følelser, tanker, persepsjon (forståelse) og observasjoner (ibid).

Orlando skiller mellom rådgivende, automatiske ("automatic personal respons") og disiplinert profesjonelle ("disciplined professional response") sykepleiereaksjoner (Meleis, 2007). I motsetning til profesjonelle sykepleiehandlinger, springer automatiske sykepleiereaksjoner ut av andre forhold enn identifiserte behov hos pasienten. Automatiske sykepleiereaksjoner knytter seg til den alminnelige samhandling som finner sted i et hvilket som helst møte mellom to mennesker, og kan omhandle ulike rutineoppgaver eller legeforskrifter (ibid). Profesjonell sykepleie ledes derimot av bestemte retningslinjer for persepsjon (forståelse), tanker og følelser i tilknytning til sykepleiers identifikasjon av pasienters behov for hjelp. Profesjonelle sykepleiehandlinger er et resultat av en kontinuerlig refleksjonsprosess, hvor sykepleier forsøker å undersøke betydningen av pasientens atferd (ibid).

Profesjonell sykepleie er basert på identifiserte behov hos pasienten og er et resultat av sykepleiers observasjon og forståelse for pasientens problemer. Orlandos sykepleieprosess består av ulike trinn og kriterier som må oppfylles (Meleis, 2007). Sykepleier vil umiddelbart ved hjelp av sansene gjøre seg tanker om pasientens atferd. Ut ifra sin umiddelbare oppfatning vil sykepleier gi situasjonen en mening, og tolke pasientens atferd på bestemte måter ut ifra sin særegne kunnskap og erfaring som sykepleier. Orlando betrakter profesjonell sykepleieutøvelse som et resultat av identifiserte behov hos pasienten. For å kunne identifisere pasientens behov forutsetter dette at sykepleier deler sin opplevelse av situasjonen med pasienten før selve sykepleierutøvelsen (ibid).

Orlando angir detaljerte retningslinjer for hvordan sykepleier skal formidle sine reaksjoner til pasienter for å kunne bli i stand til å identifisere pasienters behov. Sykepleiers beskrivelser til en pasient må samsvare med ett eller flere elementer ved sykepleiers umiddelbare reaksjon på pasientens atferd. Sykepleier skal dessuten tydeliggjøre overfor pasienten at de synspunkter

som formidles er sykepleiers egen umiddelbare reaksjon. Slik kommunikasjon med pasienter kan bidra til å korrigere, eller verifisere, sykepleiers umiddelbare oppfatninger av pasienters atferd. Ved å dele, undersøke og tydeliggjøre sine oppfatninger overfor pasienter reduseres muligheter for misforståelse mellom sykepleier og pasient (Meleis, 2007). En slik prosess bidrar til effektiv og profesjonell sykepleie og bidrar til at pasienter opplever bedring, velvære og at deres behov blir møtt. Sykepleiers umiddelbare undersøkelse av pasienters oppfatninger, tanker og følelser bidrar til å møte pasienters umiddelbare behov og erfaring av sin sykdomstilstand (ibid).

2.7.3 Sykepleier–pasient-relasjonen

En pasient har problemer av en eller annen art som medfører et behov for sykepleieekspertise. Peplau (1992) fremhever komponenter som ”to mennesker”, ”profesjonell ekspertise” og ”pasientbehov” som hovedelementer i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Profesjonelt helsearbeid omhandler i all hovedsak identifikasjon av pasienters problemer, forståelse for pasienters helseproblemer og å løse pasienters problemer som har oppstått som følge av livet ute i samfunnet. Hovedformålet er å hjelpe pasienter til å takle sine problemer (Peplau, 1994). Helsevesenet består av mange ulike relasjoner med forskjellige nivå av makt, autoritet og ansvar (ibid). Dette betyr at sykepleiers presentasjon av seg selv til pasienter eller andre helsearbeidere, krever et bevisst forhold til egen profesjonalitet (Peplau, 1994, 1997).

Både sykepleier og pasient har forutinntatte forestillinger til hverandre i det de møtes (Peplau, 1997). Sykepleiers forestillinger påvirkes av pasienters kjønn, etnisitet, alder og sosial tilhørighet, vel så mye som på grunnlag av diagnoser. Pasienter har på sin side stereotype forestillinger om sykepleier på bakgrunn av påvirkning fra ulike medier og fra pasienters erfaring ut fra sin nåværende situasjon i tilknytning til umiddelbare ønsker og personlige behov (ibid). Pasienters følelse av hjelpeløshet og avhengighet kan for eksempel vekke til live tidligere behov og erfaringer i tilknytning til mor–barn-relasjonen.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er en bestemt type relasjon. Sykepleier er en profesjonell og har bestemte og definerte kvalifikasjoner i kraft av sin yrkesprofesjon. Sykepleiers ekspertkunnskap er utledet fra forskningsbasert kunnskap og bestemmelser innenfor sykepleien, som skal sørge for en pålitelig og tillitsvekkende interaksjon (Peplau, 1992). Enkelte sykepleiere opplever overgangen fra en sosial til en profesjonell atferd i samhandling med pasienter som problematisk. Andre sykepleiere oppfatter til og med at en

slik overgang ikke er nødvendig. Dette er ifølge Peplau (1997) problematisk fordi at dersom sykepleier deler sine personlige erfaringer med pasienter, blir konsekvensen at sykepleiers behov dekkes fremfor pasientens. Peplau (1997) fremhever at effektiv sykepleieekspertise skal utøves på grunnlag av pasienters problemer. Dette forutsetter at sykepleier har tilstrekkelig og egnet informasjon om pasienters helsetilstand (ibid). Sykepleiers problemløsning er et resultat av tilstrekkelig identifiserte problemer hos pasienter, forståelse for pasienters problemer og evne til å vurdere samt iverksette helbredende tiltak (Peplau, 1992). Profesjonell sykepleie omhandler dessuten at sykepleier skal møte pasienter med respekt, verdighet og konfidensialitet, gi rom for pasienters behov for privatliv og utøve etisk forsvarlig omsorg (ibid).

2.7.4 Psykiatrisk sykepleie

Peplau (1962) betegner psykiatriske sykepleiere som kliniske eksperter og fremhever sykepleiers psykoterapeutiske og rådgivende virksomhet som "the crux of psychiatric nursing". Peplaus vektlegging av psykiatrisk sykepleiers psykoterapeutiske og rådgivende funksjon, har sammenheng med at pasienters livsproblemer som har medført psykisk lidelser, må utforskes av pasienten selv, med støtte av sykepleiers profesjonelle og rådgivende assistanse. I denne prosessen tar psykiatrisk sykepleier i bruk tilnærningsmetoder, eller interpersonlige teknikker som er avpasset/tilpasset pasienters spesifikke problemer, som for eksempel pasienters tilbaketrekning, utagering eller hallusinasjoner (ibid). Et hovedfokus i psykiatrisk sykepleie er dessuten sykepleiers ivaretagelse av pasienters behov for omsorg, aksept, støtte og beroligelse (ibid).

Psykiatrisk sykepleier har en kompleks rolle i kraft av sine mange biroller, men er som klinisk ekspert først og fremst rådgiver eller psykoterapeut. Disse rollene vektlegges fordi kommunikasjons- og relasjonsproblemer er blant psykiatriske pasienters hovedproblemer (Peplau, 1962, 1999). Tanke-, følelses- og atferdsforstyrrelser fremstår oftest som hovedproblemer hos mennesker med psykisk sykdom (Peplau, 1999). Mangel på, og gapet mellom, intellektuell og personlig utvikling er også oftest et vesentlig problem hos mennesker med psykiske lidelser. Intellektuell og personlig utvikling legger grunnlaget for all sosial interaksjon mellom individer i samfunnet (ibid). Psykiatrisk sykepleieekspertise omhandler bistand og støtte til pasienter i sine bestrebelser mot å utvikle sitt potensial for å kunne leve et produktivt og fruktbart liv i samfunnet (ibid). Psykiatrisk sykepleie skal bidra til å løse pasientens hindringer mot en slik utvikling. (ibid).

Pasienter har tendens til å tillegge psykiatrisk sykepleier en surrogatrolle i form av ”mor”. Sykepleier kan både ubevisst og i terapeutisk hensikt påta seg en slik surrogatrolle. Peplau (1962) understreker imidlertid at sykepleier verken kan, eller skal, påta seg surrogatroller for å erstatte pasienters udekkede behov fra for eksempel barndommen. Psykiatrisk sykepleier har dessuten en teknisk og administrativ funksjon, en pedagogisk funksjon overfor både pasienter og personale samt en funksjon om å yte bistand og støtte til pasienter i sin sosialiseringssprosess (Peplau, 1999).

2.7.5 Etablering av en terapeutisk relasjon

Peplau fremhever relasjonen mellom pasient og sykepleier som det essensielle i sykepleiepraksis. Til tross for at relasjonen mellom sykepleier og pasient ofte er av relativ kort varighet i moderne helsevesen fremhever Peplau at sykepleiers regelmessige interaksjon med pasienter, er selve grunnlaget for utvikling av en terapeutisk relasjon til pasienter (Peplau, 1994, 1997). En terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient forutsetter regelmessig samhandling og kontinuitet over tid. Sykepleiers kontinuerlige innsats i interaksjonen med pasienter, bidrar til at pasienten får følelse av å være av profesjonell interesse. Dette gir pasienter styrke i sitt strev for å lære å kjenne seg selv (Peplau, 1994). Peplau (1992) beskriver relasjonen mellom sykepleier og pasient som en mellommenneskelig prosess. Den har et startpunkt, gjennomgår ulike faser og avsluttes. Fasene har betegnelsene orienteringsfase, arbeidsfase og avslutningsfase (ibid).

Orienteringsfasen legger grunnlag for sykepleiers videre arbeid med pasienter. I denne fasen introduserer sykepleier seg for pasienter med navn og profesjonell status. Pasienter trenger derimot ingen informasjon om sykepleiers privatliv. Det er pasienten som skal være fokus. Sykepleier skal bli kjent med pasienten og samle informasjon om pasientens helsetilstand (Peplau, 1997). Sykepleier oppnår slik kunnskap og slik informasjon hovedsakelig gjennom å lytte til hva pasienten sier og ved at sykepleier stiller ”hvem”, ”hva” og ”hvor” spørsmål. ”Når” spørsmål bidrar på sin side til pasientens beskrivelser og historier om/fra sitt liv. Dersom sykepleier unngår å lytte til pasienten svekkes muligheter til å oppnå kunnskap om pasientens erfaringer og helsetilstand. Sykepleiers evne til å lytte til pasienter er av vesentlig betydning, spesielt de første dagene etter innkomst til sykehuset. I denne fasen er pasienten ofte svært stresset og anspent som følge av å være i et fremmed miljø (ibid). Sykepleier skal beskrive hensikten med kontakten mellom seg og pasienten samt informere pasienten om tilgjengelig tid de har sammen. I orienteringsfasen skal sykepleier kartlegge pasientens

potensial, behov og interesser samt pasientens opplevelse av frykt, redsel og bekymring for sine problemer og den aktuelle situasjonen (ibid).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg ettersom pasienten beskriver sine problemer til sykepleier. Sykepleier observerer pasientens problemer. Deretter diskuteres, tydeliggjøres, identifiseres og formuleres disse gjennom sykepleiers interaksjon med pasienten. Teoretisk kunnskap er en forutsetning for at sykepleier skal være i stand til å forstå data som fremkommer. Gjennom intervju og samtaler med pasienten skal sykepleier benytte et begrepsapparat som skal bidra til at pasienten gjenkjenner og forstår egne problemer. Dette bidrar til å styrke pasientens problemløsnings evne (Peplau, 1997). Sykepleiers intellektuelle, mellommenneskelige og problemløsningskompetanse bidrar ifølge Peplau (1992) både til umiddelbar og langsiktig nytte for pasienten.

I arbeidsfasen har sykepleier fokus på pasienters reaksjon på sin sykdom. Sykepleiarbeidet skal hjelpe pasienter til å utvikle forståelse for seg selv og hva nåværende helsetilstand krever av dem. Sykepleiers atferd skal bidra til å påvirke atferdendring hos pasienten. Av vesentlig betydning er det derfor at sykepleier har et bevisst forhold til egen atferd og hvordan hennes signaler tas imot av pasienten (Peplau, 1992). Observasjon og analyse av egen atferd bidrar til å øke sykepleiers bevissthet i tilknytning til ulike behov, intensjoner og beskjeder som kommuniseres til pasienten (Peplau, 1997). Sykepleiers verbale og nonverbale kroppsspråk påvirker pasienten. Sykepleiere som har et sterkt behov for å bli likt og godtatt av pasienten har en tendens til å tilpasse egen atferd for å dekke personlige behov. Dette kan resultere i at sykepleiers observasjon og avdekking av kritiske behov hos pasienten blir oversett (ibid).

2.8 Relasjonsarbeid i moderne helsevesen

Den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient har vært betraktet som selve essensen i psykiatrisk sykepleiepraksis, siden Peplaus utgivelse av "Interpersonal Relations in Nursing" i 1952 (Evans, 2007; Moyle, 2003; O'Brien, 2001). Studier viser imidlertid at sykepleier ofte distanserer seg fra pasienter, fremfor å vektlegge relasjonsmessige aspekter i utøvelse av psykiatrisk sykepleie (Evans, 2007; Moyle, 2003). Evans (2007) forklarer dette som et resultat av den rådende behandlingsdiskurs innenfor dagens psykiatriske sykepleiepraksis. Tilsvarende betrakter O'Brien (2001) Peplaus relasjonsteori som et produkt av den rådende behandlingsdiskurs innenfor psykiatrien på midten av 1900-tallet.

En terapeutisk relasjon er en profesjonell relasjon, hvor sykepleiers kommunikasjon er et resultat av terapeutisk bruk av seg selv for å ivareta pasienters behov for omsorg (Evans, 2007). Hovedmålsettingen med en terapeutisk relasjon er å bidra til innsikt og atferdsendring hos pasienter. Relasjonen skal baseres på tillit og respekt. Sykepleier skal lytte til pasienters bekymringer, uro og redsel, gi råd og lindre lidelse ved å gi styrke til pasienters strev for å bli i stand til å hjelpe seg selv (Moyle, 2003). Sykepleier skal være empatisk og oppmerksom. En relasjon som blir for ”nær” kan derimot medføre at pasienter bli avhengig av sykepleier (ibid). Profesjonell psykiatrisk sykepleie skal i kraft av sykepleiers rådgivende funksjon bidra til at pasienter etter hvert vil oppleve økt velvære og bedret helse. Dersom psykiatrisk sykepleier blir for involvert i sine pasienter begrenses hennes evne til å bidra til at pasienter opplever vekst og utvikling (ibid).

Organisatorisk og behandlingsmessig omstrukturering av det psykiatriske tjenestetilbudet har resultert i kortere sykehusopphold, standardiserte behandlingsprosedyrer med fokus på medikamentell behandling og pasienters fysiske symptomer (Evans, 2007; Malone, 2003; Moyle, 2003). Dette har medført en mer distansert form for sykepleie og har bidratt til at pasienter føler seg mer som objekter enn som mennesker med behov for trøst av lindring av sine psykiske lidelser (ibid).

Økt fokus på tekniske aspekter ved omsorgsutøvelsen fremfor å lytte til og utvikle en terapeutisk relasjon til pasienten, begrenser sykepleiers innblikk i pasienters oppfatning og opplevelse av sin sykdom. Mangel på kunnskap om pasienters særegne oppfatning og opplevelse av sin sykdom øker risikoen for at sykepleier kun setter pasienten i en sykdomskategori (Evans, 2007; Malone, 2003; Moyle, 2003).

Dagens fokus på biologisk sykdomsforståelse i psykiatrisk sykepleie og andre relaterte fagfelt, kortvarig terapi og fokus på medikamentell behandling, skjer på bekostning av psykoanalyse, psykodynamisk terapi og psykoterapi (Evans, 2007). Ifølge Evans (2007) har kjemisk lindring av sykdomssymptomer begrenset effekt og kan dessuten forverre pasienters sykdomstilstand. Dette tilsier nødvendigheten av å opprettholde et sykepleiefokus hvor den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient aktivt tilstrebes i psykiatrisk sykepleiarbeid (ibid). Lite fokus på psykodynamisk behandlingsstrategi har resultert i at psykiatriske sykepleiere har utviklet begrenset kunnskap om psykodynamiske teorier. Dette har redusert sykepleiers evne til å beskrive og diskutere egen rolle, pasienters helse- og sykdomstilstand og relasjonen mellom seg selv og andre (ibid). Behandlingsdiskursen i

moderne helsevesen bidrar ifølge Evans (2007) til at sykepleier har dårligere utviklet kunnskap og dermed en mer begrenset evne til å yte faglig bistand, samt til å forstå andres verden.

Dagens behandlingsdiskurs i form av korte sykehusopphold, standardiserte behandlingsprosedyrer og utstrakte krav til dokumentasjon, har resultert i at sykepleier har mindre kapasitet til å være nær pasienter, og til å lytte til pasienters opplevelse av sin sykdom og livssituasjon (Evans, 2007). Evans (2007) fremhever at sykepleiers evne og kapasitet til å lytte til pasienter og til aktivt å samhandle med pasienter i den umiddelbare situasjonen, er en svært betydningsfull intervensjon. Ifølge Evans (2007) danner denne tilknytningen mellom sykepleier og pasient selve grunnlaget for utøvelse av terapeutisk arbeid. Sykepleier skal være tilstede og tilgjengelig for pasienten. Hun skal opptre konsekvent, vise lojalitet og pålitelighet. Evans (2007) fremhever slike elementer som svært innflytelsesrike i sykepleiers relasjon til pasienter med psykiske lidelser. Moyle (2003) avdekket imidlertid i sin studie at psykiatriske sykepleiere oppfattet at relasjoner som åpner for følelsesmessig uttrykk og nærhet, lett kan medføre at partene blir for involvert med hverandre. Slike relasjoner kan ikke bli terapeutiske ettersom de skaper et avhengighetsforhold for pasienter i tilknytning til profesjonelle helsearbeidere (ibid). Pasienter i Moyle (2003) følte seg både umyndiggjort og ikke tatt på alvor av sykepleier. Ifølge Evans (2007) vil ikke en profesjonell sykepleieintervensjon skape et slikt avhengighets forhold som beskrevet i Moyle (2003). En profesjonell sykepleieintervensjon utvikler dessuten ikke et over- og underordningsforhold mellom sykepleier og pasient, men skal gjenspeile likeverdighet mellom dem (Evans, 2007). Sykepleier skal fremstå som en person som pasienter føler de kan stole på og derigjennom være en person de kan utveksle sine innerste tanker og problemer med (ibid). Gjennom utvikling av en terapeutisk relasjon blir sykepleier kjent med pasienten. Dette er en forutsetning for å kunne utøve individuell sykepleie og dermed ivareta pasienters individuelle behov (Moyle, 2003). Moyle (2003) fremhever nødvendigheten av at psykiatriske sykepleiere tilstreber et fokus om å forstå hva som foregår i pasienter som opplever psykisk sykdom, heller enn å klassifisere og kategorisere personen og vedkommendes sykdom.

Fokus på teknologisk utvikling, effektivitetskrav, økonomiske ressurser, resultatoppnåelse og prestasjoner vesentlige kjennetegn ved moderne helsevesen. Knapp tid og et økende antall pasienter resulterer i at sykepleiere har en svært hektisk arbeidssituasjon. Utviklingen i dagens helsevesen vanskeliggjør psykiatriske sykepleieres etablering og opprettholdelse av

terapeutiske relasjoner til pasienter. Slike relasjoner forutsetter kontinuitet i omsorgsutøvelsen (Moyle, 2003). Ifølge Moyle (2003) har kvalitetsmessig god sykepleiepraksis blitt brutt ned av økonomiske rasjonalister, ved at sykepleiearbeidet ikke lenger betraktes som en essensiell og betydningsfull tjeneste. Ifølge Moyle (2003) kan sykepleiers mangel på tid til etablering av terapeutiske relasjoner med pasientene, resultere i at sykepleiearbeidet ikke oppleves meningsfullt og dermed medføre jobbtilfredshet. Psykiatriske sykepleiere må opprettholde fokus på vesentlige aspekter ved sin særegne rolle og fremheve sin omsorgsfunksjon overfor pasientene (ibid). Ifølge Moyle (2003) vil sykepleieprofesjonen etter hvert bli oppfattet som uprofesjonell og teknisk innrettet, dersom psykiatriske sykepleiere ikke evner å fremheve sine verdier eller utøve god sykepleie gjennom relasjonsarbeid.

2.9 Akuttpsykiatrisk tjenestetilbud – en presentasjon

Det akuttpsykiatriske behandlingstilbudet til voksne består i dag hovedsakelig av akuttpsykiatriske avdelinger ved sykehus og ambulante akutteam ved distriktpsykiatriske sentre (DPS). Selv om DPS også skal ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp er det fortsatt akuttpsykiatriske sykehusavdelinger som er bærebjelken i akuttilbudet (Berg et al, 2007; Ruud et al, 2006). Nedenfor gis en kort innføring i desentraliseringen av det psykiatriske tjenestetilbudet. Deretter beskrives det akuttpsykiatriske tjenestetilbudet ved sykehus og i tilknytning til DPS-er.

2.9.1 Desentralisering av det psykiatriske tjenestetilbudet

Den psykiatriske helsetjenesten har i løpet av de siste tiårene gjennomgått en omfattende desentralisering både nasjonalt og internasjonalt (Berg et al, 2007; Cleary et al, 2005; Hummelvoll et al, 2001; Quirk et al, 2006; Ward og Cowman, 2007; Wold, 1998). I Norge er institusjonskapasiteten i spesialisthelsetjenesten bygget kraftig ned siden slutten av 1970-tallet. Lokalbaserte tilbud som DPS og kommunale tjenester fremstår i dag som hovedelementene i behandlingsskjeden til mennesker med psykiske lidelser (ibid). Selv om de fleste målene i opptrappingsplanen for psykisk helse er nådd, pågår fortsatt etablering og styrking av slike tilbud i varierende grad i de ulike kommunene i det ganske land (Berg et al, 2007; Hanssen, 2008; Rossine, 2009).

Tidligere var det de store psykiatriske sykehusene som hadde ansvaret for det psykiatriske behandlingstilbudet. I dag er det primærhelsetjenesten som har dette hovedansvaret. Som nevnt ovenfor er den gjennomsnittelige liggetiden i psykiatrisk akuttavdeling i dag cirka 10 dager (Berg et al, 2007; Ruud et al, 2006). Dette er stor forskjell fra tidligere år da gjennomsnittelig liggetid i psykiatriske sykehus strakte seg fra et halvt år og lenger (Wold, 1998). Tidligere foregikk for- og ettervern av pasienter også i psykiatriske sykehus. Planlegging av sykepleien etter forvern, kunne dermed gjennomføres i avdelingen, for så å videreføres i ettervernet. Desentraliseringens mål har vært at pasienter skal få behandling i sitt nærmiljø, eventuelt med kortere, og heller flere, sykehusinnleggelser dersom det er nødvendig (Wold, 1998). Dette står i kontrast til tidligere langvarige sykehusopphold, som medførte regresjon og avhengighet, også kalt "hospitaliseringssyndromet" (Wold, 1998). Den tidligere isolasjonen av pasientene fra omverdenen ble svært ødeleggende for mange pasienter. Dette står i motsetning til at pasienter under dagens innleggelser som oftest holder kontakt med sitt sosiale nettverk (Quirk et al, 2006). Desentraliseringen har også endret det klassiske mønstret med langvarige sykehusinnleggelser i separate og ofte isolerte psykiatriske sykehus. Dagens akuttavdelinger preges av stor sirkulasjon av ulike pasientgrupper. Det følger av Wold (1998) at det tidligere "hospitaliseringssyndromet" er erstattet av såkalt "svingdørpsykiatri", noe Quirk et al (2006) betegner som "the permeable institution".

Ifølge Wold har desentraliseringens organisering av det totale behandlingstilbudet hatt stor innvirkning på arbeidssituasjonen på alle nivåer. Mens sykepleiere i distriktshelsetjenesten strever med å få pasienter innlagt på akuttavdelingen når pasienter er i krise, har de ansatte i akuttavdelinger svært begrenset tid til samhandling med pasienter. Dette kan medføre at man lett mister sammenhengen i den totale behandlingen (ibid).

2.9.2 Psykiatrisk akuttavdeling

Psykiatrisk akuttavdeling skal ta seg av, vurdere og behandle pasienter med akutt behov for psykiatrisk spesialist kompetanse (Hummelvoll, 2003). Pasienter i psykiatrisk akuttavdeling er alvorlig og kritisk psykisk syke. De har oftest mangfoldige og komplekse behov som følge av sine lidelser. De er ofte tvangsinnlagt, krever tett oppfølging, tid og ressurser fra personalet. Pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling oppleves ofte som vanskelige å takle. De karakteriseres som splittende, aggressive og/eller voldelige mot seg selv og/eller andre. Rusproblemer er dessuten et stadig økende tilleggsproblem (Cleary, 2004).

Ifølge Hummelvoll (2003) gir ordet "akutt" inngang til å forstå kjennetegn ved pasienters opplevelse av egen lidelse og den beredskap og fleksibilitet som kreves av personalet. Til sammenligning er den latinske betydningen av ordet er skarp, heftig, sterk og kortvarig. I motsetning til dette står begrepet kronisk, som betyr vedvarende. Akuttbegrepet brukes i tillegg synonymt med betegnelser som brå, forbigående, kritisk og øyeblikkelig. Dette innholdet forutsetter sykepleiers beredskap til å møte flere ulike reaksjoner hos pasienter. Pasienters sårbarhet og sterke følelsesmessige reaksjoner i akutte situasjoner krever at helsepersonell møter dem forståelse og iverksetter tiltak som demper lidelsesuttrykk (ibid).

Ifølge Berg et al (2007) er akuttpsykiatri, og spesielt akuttavdelinger i sykehusene, under sterkt press. På den ene siden er det et press fra befolkningen og førstelinjetjenesten om at personer i akutte krisesituasjoner blir innlagt som øyeblikkelig hjelp. På den annen side har opptrappingsplanen for psykisk helse vært mer innrettet mot ambulante og lokale tjenester kontra å styrke sengeavdelingene. Berg et al (2007) referer til legeforeningens statusrapport fra 2004 hvor det fremkommer at pasienter som kunne ha vært direkte innlagt på kortids/intermediærposter, ofte innlegges i akuttavdelinger for i det hele å kunne motta nødvendig hjelp. Dette tilsier at det er behov for å styrke akuttavdelingers funksjon slik at pasienter kan få tilbud om lengre oppholdstid, for å sikre forsvarlig utredning, diagnostikk og nødvendig behandling (ibid). Det er fremdeles akuttpsykiatriske sengeavdelinger som i all hovedsak tar imot pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp på grunn av kriser av psykiatrisk, sosial og rusmessig karakter. Presset på akuttpsykiatriske avdelinger overstiger kapasiteten i akuttpsykiatrien (ibid). Når akuttavdelinger er det eneste leddet i en behandlingsskjede som har øyeblikkelig hjelp-plikt, vil avdelingen lett bli overfylt dersom enheter som skal overta pasientene ikke har kapasitet. Slike enheter er blant annet psykoseavdelinger, allmennpsykiatriske avdelinger (subakutt/intermediær og langtidsavdelinger), DPS døgnavdelinger, kommunale boliger og bo- og behandlingssinstitusjoner, alderpsykiatriske avdelinger og sikkerhetsavdelinger. Rusinstitusjoner også aktuelle i begrenset omfang selv om de oftest har lang ventetid på inntak (ibid).

Ifølge Berg et al (2007) er uteteam/akutteam som har innleggelsesrett til DPS-baserte døgnposter etablert i begrenset omfang. Slike team arbeider som oftest døgnkontinuerlig. Akuttpsykiatriske sykehusavdelinger er derfor ifølge Berg et al (2007) fortsatt de eneste enheter som har døgnkontinuerlig øyeblikkelig hjelp-plikt. Hovedtyngden av innleggelser i

psykiatrisk akuttavdeling skjer på ettermiddags- og kveldstid. Bemanningen gjennom arbeidsdøgnet reflekterer ikke dette mønsteret (ibid). Ved akuttpsykiatrisk avdeling er bemanningen størst i den alminnelige kontortiden, både når det gjelder pleiepersonell og behandlere. Kun pleiepersonell og vakthavende assistentlege arbeider utover alminnelig kontortid. Overleger som har bakvakt oppholder seg privat, med unntak av avsatt tid til tilstedeværelse i helger for nødvendig vurdering av tvangsinnlagte pasienter (ibid). Psykologer, sosionomer og administrativt personell er også kun tilgjengelig i alminnelig arbeidstid. De beslutninger som i psykiatrien skal avgjøres av overlege, samt de avklaringer som er sosionomers ansvarsområde, da oftest i forhold til kommunale tjenester og bolig/økonomi, utsettes dermed til etterfølgende arbeidsdag (ibid).

Gjennomsnittelig liggetid i akuttpsykiatrisk avdeling er om lag 10 dager. Dette tilsier korte og intense møter mellom pasienter og personalet. Akuttpsykiatrisk behandling omhandler ifølge Berg et al (2007) hele spekteret av psykiatriske, psykologiske, miljøterapeutiske og sosiale tilnærminger til mennesker i krise. Arbeidet er hovedsakelig likevel av en utredende og kartleggende karakter. Også juridiske og mer avgrensede politimessige hensyn må ivaretas (ibid). Akuttpsykiatrisk behandling er videre strengt regulert av helselovgivningen, som gir pasienter utstrakte rettigheter. Det aktuelle lovverket pålegger dessuten psykiatere omfattende ansvar og plikter overfor mennesker som ikke kan klare å ta vare på seg selv (ibid).

2.9.3 Distriktpsikiatriske senter (DPS)

Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) ”Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene avdekket flere alvorlige brister i behandlingsskjeden til mennesker med psykiske lidelser. Hovedproblemer som ble fremhevet ved det psykiatriske tjenestetilbudet var dårlig kommunalt helsetjenestetilbud, for liten kapasitet i spesialisthelsetjenesten og raske og lite planlagte utskrivelser med dårlig oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Dette var bakgrunnen for opptrappingsplanen i psykisk helse, en økonomisk forpliktende plan vedtatt i Stortinget 1999, og som ble avsluttet i 2008. Opptrappingsplanens overordnede målsetting var å styrke og omstrukturere det psykiatriske tjenestetilbudet slik at det skulle bli til et mer desentralisert hjelpetilbud (St. prp. nr. 63 Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006). På bakgrunn av opptrappingsplanen ble det bygget opp et desentralisert hjelpenettverk bestående av distriktpsikiatriske sentre (DPS), ambulante team, omsorgsboliger med nødvendig bistand og andre kommunale tjenester for at mennesker med psykiske lidelser skulle få hjelp og behandling i sitt nærmiljø. Målet for satsningen var at mennesker med

psykiske lidelser skulle kunne leve et mest mulig alminnelig og selvstendig liv (ibid). Sosial- og helsedirektoratet (2006) betegner DPS-ene som hjørnesteinen i dagens psykisk helsevern, til forskjell fra tidligere år da de psykiatriske sentralsykehusene representerte hovedbehandlingstilbudet. DPS-er har som siktemål å redusere presset på sentralsykehusnivå ved å tilby flere behandlingsalternativer. Til tross for at målsettinger i opptrappingsplanen i all hovedsak er nådd, er tilgjengeligheten i det psykiske helsevern fremdeles en stor utfordring, ikke minst i de akutte situasjoner (ibid). Det rapporteres stadig om vanskelig tilgjengelighet til DPS i akuttinstitusjoner, både fra brukere og primærhelsetjenesten.

Ambulante akutttilbud i tilknytning til DPS-ene, skal sikre en bedre helhetlig og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner, ved rask og god tilgjengelighet til primærhelsetjenesten. Tjenestens siktemål er å redusere presset på sentralsykehusnivå, ved å tilby flere behandlingsalternativer. Videre kan slike akutttilbud ved DPS bidra til at nødvendige innleggelser i akuttavdelinger oppleves mindre krenkende både for pasienter og pårørende samt redusere behov for tvangstiltak (ibid). Slike akutteam verken kan eller skal erstatte døgntilbudet på sentralsykehus. Disse er heller nødvendigvis ikke billigere i drift. Erfaringer viser likevel ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2006) at akutttilbud som er organisert i ambulante akutteam gir økt kvalitet på akuttjenesten og bidrar til færre innleggelser totalt. DPS er derfor et viktig supplement til akuttavdelinger ved sentralsykehus som skal yte øyeblikkelig hjelp (ibid).

Ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2006) har ambulante kriseteam innenfor psykisk helsevern "Crisis Resolution Team", eksistert siden 1980-tallet i USA, Australia og England. Evalueringer har vist lovende resultater ikke minst når det gjelder brukeres tilfredshet med tilbudet. Forskning indikerer at ulike former for ambulant hjembasert akuttbehandling reduserer behovet for døgnbehandling og at slike tiltak er assosiert med mindre frafall fra behandling enn tradisjonell døgnbehandling (ibid). Studier viser også at akutteam er assosiert med redusert behov for døgninnleggelser og lavere kostnader sammenliknet med behandling ved tradisjonell akuttavdeling i sykehus. Enkelte studier indikerer dessuten at behandling gitt av ambulante akutteam bidrar til styrket pasienttilfredshet (ibid). Samtidig fremhever Sosial- og helsedirektoratet (2006) at ingen alternative akuttbehandlingstiltak sannsynligvis vil kunne overflødiggjøre tradisjonell akuttbehandling på døgnavdeling. Berg et al (2007) hevder på sin side at ambulante akutteam på nåværende tidspunkt, ikke har bidratt til å redusere antall innleggelser i akuttavdelinger. Ifølge Berg et al (2007) kan man like gjerne tenke seg at bruk

av slike akutteam som dessuten sjeldent rykker ut med psykiater, resulterer i at flere blir kjent med eventuelle muligheter for innleggelse. Dette kan på sin side resultere i økt antall berettigede innleggelser. Ifølge Berg et al (2007) kan derfor heller forventes et sterkere press på akuttavdelingene fremover.

DPS-ene har frem til i dag hatt svært ulik praksis med hensyn til tilgjengelighet overfor akutte henvendelser. Ambulante akutteam varierer med hensyn til åpningstider, bemanning, autoritet til å prioritere innleggelser i døgnavdelinger, henvisningspraksis og disponering av kriseplasser ved DPS (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2006) bør akuttjenester ved DPS bestå av ambulante og polikliniske tjenester samt kriseplasser. Polikliniske og ambulante akuttjenester bør organiseres i egne tverrfaglige team og også være tilgjengelig på kveldstid og i helger.

3 Metode

3.1 Forskningsdesign

Betegnelsen ”design” har ulike betydninger i metodelitteraturen. I metodelitteraturen og i tidsskrifter finnes det to måter å definere forholdet mellom ”design” og ”metode” på. Den ene definisjonen legger til grunn at ”metode” er overordnet ”design”, den andre definisjonen går ut på at ”design” er overordnet ”metode”. Førstnevnte oppfatning er den vanligste. Lund og Haugen (2006) benytter dette alternativet og betrakter ”design” som et spesialtilfelle av ”metode”. Ifølge Lund og Haugen (2006) vil forskningsdesignet vanligvis være den overordnede strukturen/planen for datainnhenting som anvendes i undersøkelsen. Mens designet relateres til datainnhenting i undersøkelsen, omhandler den metodiske tilnærmingen forskerens valg mellom kvantitativ eller kvalitativ metode for å belyse en problemstilling. Dette valget har innvirkning på de mer spesifikke metodevalg, som blant annet valg av personer og instrumenter til undersøkelsen (ibid).

I motsetning til Lund og Haugen (2006) betegner Polit og Beck (2004) forskningsdesignet som den arkitektoniske ryggraden i undersøkelsen. Den utgjør en forskers overordnede plan for å besvare et forskningsspørsmål og for å håndtere problemer som måtte oppstå i løpet av forskningsprosessen. Designet innbefatter blant annet hvor ofte subjektene vil bli målt eller observert, hva slags sammenlikninger som vil bli foretatt og hvor studien skal gjennomføres. Videre omhandler designet viktige metodologiske valg forskeren gjør i forbindelse med undersøkelsen. Ifølge Polit og Beck (2004) omhandler forskningsmetode forskerens teknikker for å strukturere en undersøkelse, samle inn og analysere relevant informasjon til forskningsspørsmålet.

Lund og haugen (2006) skiller mellom fire hovedtyper design, som igjen omhandler en rekke spesielle varianter. De fire hovedtypene for design betegnes som eksperimentell design, observasjonsdesign, surveydesign og intervjudesign. De tre sistnevnte er ikke-eksperimentelle design siden de ikke innebærer noen intervensjon (påvirkning) fra forskeren. De fire designene kan beskrives på ulike måter i tilknytning til hvordan forskeren generelt innhenter informasjon/data fra informantene. Ifølge Polit og Beck (2004) eksisterer det flere forskjellige forskningsdesign innenfor kvantitative studier. Polit og Beck (2004) deler kvantitativ og kvalitativ forskning inn i to hovedområder for forskningsdesign. Kvantitativt

forskningsdesign deles videre inn i eksperimentelle og ikke-eksperimentelle design. For denne studien ble det valgt et ikke-eksperimentelt kvantitativt design, nemlig surveydesign. Det ble distribuert et spørreskjema til sykepleiere ansatt ved akuttpsykiatrisk avdeling for å få en bred oversikt over denne persongruppen.

Survey kjennetegnes vanligvis ved høy grad av struktur i datasamlingsinstrumentet. Forskeren foretar ingen eksperimentell intervensjon eller manipulasjon av forsøkspersonene. Hensikten er å beskrive karakteristika, meninger, holdninger eller atferd slik de fremstår i en populasjon, og på denne måten få en oversikt over visse variabler og forholdet mellom disse (Lund og Haugen, 2006; Polit og Beck, 2004).

3.2 Utarbeidelse av spørreskjema

Spørreskjemaet er hovedsakelig utarbeidet innenfor rammen av allerede eksisterende og til dels validerte skjema som alle har til hensikt å kartlegge jobbtilfredshet. Det er et strukturert spørreskjema bestående av enkle spørsmål og utsagn med faste svaralternativer. Undersøkelsens utvalg består av 94 respondenter og data vil derfor bli statistisk bearbeidet. Statistiske målemetoder bidrar til en enklere og mer oversiktelig databehandling.

Frederick Herzbergs tofaktors motivasjonsteori har vært styrende for sammensetningen av spørsmålene i spørreskjemaet. Hensikten er å belyse sykepleiers vektlegging av indre og ytre motivasjonsfaktorer etter Herzbergs modell. Spørreskjemaets seksjon 3 er konstruert etter et spørreskjema for måling av ”motivasjonsfaktorens innflytelse på sykepleierne til at de velger å bli værende i nåværende arbeidssituasjon” (Jakobsen, 1989). Spørreskjemaets seksjon 4 er konstruert innenfor rammen av ”Nurse job satisfaction scale” (Strickland og Waltz, 1988). Skjemaets seksjon 5 er utarbeidet innenfor rammen av ”Index of work satisfaction” (IWS) (Paula Stamps, 1997).

3.2.1 Fellestrekk og forskjeller

Ettersom spørreskjemaet er sammensatt av flere allerede konstruerte spørreskjemaer gis en kort beskrivelse av noen likheter og forskjeller mellom dem. Skjemaene har til felles at de omhandler kartlegging av jobbtilfredshet blant sykepleiere. Både Stamps (1997) og Strickland og Waltz (1988) benytter betegnelsen jobbtilfredshet. Jakobsen benytter på sin side betegnelsen ”motiveringsfaktorer” i sin hovedoppgaves problemstilling og i redegjørelsen for utarbeidelsen av spørreskjemaet.

”Nurse job satisfaction scale” omhandler betegnelser som er utarbeidet innenfor rammen av Maslows behovshierarki og Herzbergs indre og ytre faktorer. Videre består skjemaet av betegnelser som blant annet ”beslutningsmyndighet” og ”variasjon i arbeidet”. Ifølge Strickland og Waltz (1988) er dette tema som gjennom litteraturen viser seg å være viktig for sykepleiere og relevant for jobbtilfredshet. IWS ble derimot utviklet på grunnlag av samtaler med sykepleiekollegaer, sykepleieledere og annet ledelsespersoneell innenfor helseinstitusjonen. Gjennom disse samtalene og på grunnlag av grundig litteraturgjennomgang ble det identifisert og definert seks hovedkomponenter som viser seg å ha innvirkning på sykepleieres tilfredshet. De seks komponentene betegnes som lønn, autonomi, arbeidsoppgaver, organisatoriske oppgaver, interaksjon og profesjonell status. Under hver hovedkomponent følger underpunkter i form av holdningsutsagn som er knyttet til den enkelte hovedkomponent. Begrunnelsen for å benytte både ”Nurses’ Job Satisfaction Scale” og IWS er at holdningsutsagnene i IWS gir utdypende informasjon av skaleringen i ”Nurses’ Job Satisfaction Scale”. Listen med motiveringsfaktorene i seksjon tre i Jakobsens spørreskjema er utarbeidet innenfor rammen av Herzbergs indre og ytre motivasjonsfaktorer. Dette bidrar til å gi et bilde av hvordan sykepleiere vektlegger motivasjonsfaktorene med hensyn til valg av utdanning, trivsel i arbeidssammenheng og årsaker til at de fremdeles praktiserer som sykepleiere.

3.3 Pilotundersøkelsen

I forkant av hovedundersøkelsen er det ifølge Polit og Beck (2004) hensiktsmessig å gjennomføre en pilotundersøkelse også betegnet som ”feasibility study”. Hensikten med denne forhåndstesten er å vurdere undersøkelsens gjennomførbarhet (”feasibility”) og hvorvidt datasamlingsplanene er gode nok. En pilotundersøkelse omhandler både instrumenttest og vurdering av blant annet rekrutterings- og datasamlingsplanene for undersøkelsen (ibid). For mitt vedkommende dreide pilotundersøkelsen seg primært om å teste spørreskjemaet. Gjennomføringen av en pilotundersøkelse bør likne innsamlingsopplegget i hovedundersøkelsen mest mulig. Det er spesielt viktig at type respondenter i pilotundersøkelsen er lik som i hovedundersøkelsen, det vil si at de tilhører det samme universet som i hovedundersøkelsen. Nyttige tilbakemeldinger fra respondenter i en pilotundersøkelse er blant annet hvorvidt deler av instrumentet er vanskelig å forstå eller lett kan mistolkes. Ifølge Lund og Haugen (2006) kan enkelte spørsmålsstillinger oppfattes å være for vage mens andre kan oppleves sårende eller støtende.

3.3.1 Gjennomføring av pilotundersøkelsen

Etter at spørreskjemaet var utarbeidet ble det gjennomført en pilotundersøkelse. Hensikten var å teste om respondentene forstod spørsmålene slik de var formulert og om noen av seksjonene manglet nødvendige instruksjer. Det var ønskelig med tilbakemelding om hvordan respondentene synes spørreskjemaet fungerte og eventuelt om deler av skjemaet fungerte dårlig. Videre var det ønskelig å få vite om deltakerne reagerte negativt på deler av teksten, om de synes skjemaet var for omfattende, for innviklet og om seksjonenes rekkefølge fungerte effektivt.

Spørreskjema ble delt ut til 12 praktiserende sykepleiere på psykiatrisk akuttavdeling, ansatt ved to forskjellige sykehus. Respondentene ble muntlig informert om pilotundersøkelsens hensikt. Det ble understreket at deltagelse var frivillig og at deltakerne hadde anledning til å trekke seg fra deltagelse i piloten når som helst. For å bevare deltakernes anonymitet ble spørreskjema delt ut med en ferdig frankert konvolutt adressert med min adresse. Det var anledning til å vedlegge kommentarer til spørreskjemaet og til å sende spørsmål til min e-postadresse.

3.3.2 Resultatet fra pilotundersøkelsen

Alle deltakerne besvarte skjemaet i løpet av to uker. Tilbakemeldinger fra pilotundersøkelsen bidro til viktige omformuleringer og finpussing av spørsmål i spørreskjemaet. Pilotundersøkelsen var i så henseendet svært nyttig.

Tre respondenter synes innledende instruksjon til spørreskjemaets seksjon 3 var vanskelig å forstå. Deltakerne brukte tid på å tenke gjennom hvordan de vektla de 16 forskjellige motivasjonsfaktorene vedrørende årsaker til valg av sykepleiestudiet, trivsel i arbeidssammenheng og årsaker til at de fremdeles praktiserer som sykepleiere. Alle deltakerne understreket likevel at seksjonen var en morsom og spennende utfordring. Seksjon 3 ble derfor beholdt i spørreskjemaet. Tilbakemeldinger fra respondentene bidro likevel til ytterligere tydeliggjøring av instruksjonen for besvarelse av denne seksjonen.

Enkelte ord i spørreskjemaet ble endret som følge av tilbakemeldingene fra pilotundersøkelsen. I skjemaets seksjon 1 ble betegnelsen "ansatt" endret til "jobbet" da flere av deltakerne i pilotundersøkelsen oppfattet dette som en mer forståelig betegnelse. Spørsmål angående antall "arbeidssteder" og "arbeidsfelt" ble oppfattet som forvirrende blant enkelte av

deltakerne. Konkretisering av begrepenes forskjellig betydninger var ønskelig. Spørsmålet angående skifte av "arbeidsfelt" ble dermed spesifisert med et eksempel.

IWS består av syv svaralternativer. For denne studien var målsettingen å rekruttere hundre respondenter. Når antallet respondenter er relativt begrenset kan syv variabelkategorier bidra til stor spredning i svarene. Dette kan resultere i at det blir vanskelig å avdekke tendenser og mønster i besvarelsene. Antall svaralternativer ble derfor redusert til fem i første omgang og fikk betegnelsene "svært uenig", "uenig", "ganske enig", "enig" og "svært enig". En av deltakerne i pilotundersøkelsen uttrykte bekymring for at dette kunne bidra til at respondenter vil besvare med avkrysning av det "midtre" svaralternativet, i de tilfeller hvor det oppstår tvil om hva de skal svare, eller i tilfeller der respondenter kun ønsker å få besvarelsen "unnagjort". Vedkommende respondent foreslo derfor et ekstra svaralternativ da dette kanskje kunne bidra til mer nyanserte svar. Denne tilbakemeldingen bidro til viktig redigering av spørreskjemaet. Ifølge Haraldsen (1999) skal man være på vakt for tallskalaer som ikke har like mange positive som negative verdier. Den mest åpenbare form for slagside i svaralternativer er når antall positive og negative avkrysningsmuligheter ikke er det samme. En slik inndeling vil forsterke en eventuell ubalanse som kan ligge i spørsmålet. Ifølge Bradburn, Sudman og Wansink (2004) bør ikke tekstlige avkrysningsskalaer ha for mange punkter. Dersom man har seks eller flere verdier på en variabel forslår de at man derimot bare bruker endepunkter. Da vil respondentene selv anta at midtpunktet i en oddetallsskala er nøytralt, Er skalaen partallsordnet forklarer skalaen seg selv. Antall svaralternativer i det endelige spørreskjemaet ble ytterligere redusert til 4 og fikk betegnelsene "svært uenig", "uenig", "enig" og "svært enig".

Flere respondenter i pilotundersøkelsen ga uttrykk for at de synes det var spennende at seksjonenes oppgaver varierte. De opplevde at dette bidro til å beholde fokus gjennom besvarelse av spørreskjemaet. Ingen opplevde at noe av teksten var sårende eller støtende. Respondentene oppfattet heller ikke at skjemaet var for langt, omfattende eller innviklet. Flere deltakere gav uttrykk for at spørreskjemaet bidro til en bevisstgjøring av egen arbeidssituasjon, hvilket deltakerne opplevde som svært positivt. Ut fra disse tilbakemeldingene besluttet jeg å bruke spørreskjemaet slik det forelå på dette tidspunktet, med unntak av ytterligere spesifisering av seksjon 3 og reduksjonen fra fem til fire svaralternativer i skjemaets seksjon 5.

3.4 Validitet og reliabilitet

Når datainnsamlingen er avsluttet og behandling av data har resultert i en tallmatrise kan dataanalysen starte. Først er det likevel hensiktsmessig å foreta en kvalitetsvurdering av svarene fra undersøkelsen. Ifølge Haraldsen (1999) er et viktig kvalitetskriterium at data er reliable og valide. Dette innebærer at svarene skal være holdbare og dekkende i forhold til det problemstillingen tar sikte på kartlegge. Et annet viktig kvalitetskriterium er at undersøkelsen gir svar på spørsmålene som ønskes belyst.

Reliabiliteten til et instrument som gir kvantitative data bestemmes ifølge Hellevik (2002) av hvordan målingene som leder frem til tallene i datamatriksen er utført. Betegnelsen sikter til nøyaktighet i de ulike operasjonene i denne prosessen. Høy reliabilitet forutsetter derfor at innsamling og behandling av data er gjennomført på en nøyaktig måte. I denne undersøkelsen ble spørreskjemaene utfylt ved hjelp av selvrapportering. Deretter ble data overført til statistikkprogrammet ”statistical package for the social sciences” (SPSS, versjon 15). De enkelte spørsmålene ble kodet ferdig på forhånd til enkle og lett forståelig kodenavn. Dermed kunne overføringen av data til programmet gå greit og sjansen for feilkoding kunne reduseres. Data ble lagt inn i løpet av en periode på to uker. Data i databasen ble kontrollert mot et tilfeldig utvalg av spørreskjemaene etter at alle data var lagt inn.

Reliabilitetsmålinger dreier seg videre om å vurdere spørsmålenes kvaliteter som måleinstrument. Ifølge Haraldsen (1999) bør spørsmål gi svar som har en viss stabilitet over tid, i forhold til hvordan spørsmålene er samlet inn og i forhold til andre spørsmål som er ment å måle tilsvarende fenomen.

Validiteten i en kvantitativ undersøkelse avhenger av i hvilken grad instrumentet måler det som det har til hensikt å måle. Ifølge Hellevik (2002) betegner validiteten datas relevans for problemstillingen i undersøkelsen. Høy validitet oppnås dersom den operasjonelle definisjonen samsvarer med den teoretiske definisjonen. Validiteten til et instrument er likevel vanskelig å angi fordi det ikke kan avgjøres av noen enkle målemetoder. Haraldsen (1999) skiller mellom tre hovedkriterier for vurdering av et instruments validitet. Det ene er umiddelbar og sakkyndig innholdsvurdering som innebærer en faglig vurdering av hvor godt instrumentet belyser den aktuelle problemstillingen. Det andre kriteriet omhandler en vurdering i forhold til vitenskapelige validitetsstandarder. Det siste kriteriet innebærer en vurdering av måleinstrumentets beskaffenhet.

I forbindelse med denne undersøkelsen ble flere medstudenter forespurt om å vurdere utkastet til spørreskjemaet. Deres vurderinger og kommentarer ble vurdert og tatt i betraktning i det videre arbeidet med spørreskjemaet. Tilbakemeldingene fra pilotundersøkelsen bidro til viktige omformuleringer og ytterligere spesifiseringer av enkelte spørsmål. Under utarbeidelsen av skjemaet ble flere spørsmål omarbeidet, noen ble trukket ut mens andre lagt til for at de skulle dekke de teoretiske områdene skjemaet var ment å måle.

En vurdering i forhold til de vitenskapelige validitets standarder omfatter to ting; den ene er hvor godt resultatene stemmer overens med etablerte standardmål på det aktuelle området og hvilken prediksjonsverdi resultatene har (Haraldsen, 1999). Spørreskjemaet er utarbeidet innenfor rammen av Herzbergs tofaktors motivasjonsteori og er konstruert etter allerede konstruerte spørreskjemaer som alle har til hensikt å kartlegge jobbtilfredshet. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge sykepleiers vektlegging av motivasjonsfaktorer etter Herzbergs modell. Det var derfor viktig å formulere spørsmål som ville dekke de enkelte motivasjonsfaktorer i Herzbergs tofaktors motivasjonsteori.

3.5 Utvalg

Ansatte innenfor akuttpsykiatrien preges av et stort mangfold når det gjelder yrkesbakgrunn. I denne studien ble sykepleiegruppa valgt som respondenter. Begrunnelsen for dette er sykepleiers særstilling som ledere av sykepleietjenesten. Majoriteten av personalgruppa på akuttpsykiatrisk avdeling består ifølge Bee et al (2006) av sykepleiere og det er hovedsakelig denne yrkesgruppa som står for omsorgsutøvelsen. Tilsvarende er sykepleiere majoritetsandelen i personalgruppa ved norske akuttpsykiatrisk sykehusavdelinger.

3.5.1 Gjennomføring av datainnsamling

I første omgang ble det gjort en uformell henvendelse til fire forskjellige sykehus i østlandsområdet for å undersøke muligheten for rekruttering av sykepleiere til gjennomføring av spørreundersøkelsen. Den umiddelbare responsen var positiv ved samtlige institusjoner. Det ble deretter sendt en skriftlig søknad til hver institusjon med forespørsel om tillatelse til å gjennomføre studien ved akuttpsykiatrisk avdeling. Vedlagt den formelle søknaden fulgte spørreskjemaet og prosjektbeskrivelse for studien. Henvendelsen gikk deretter videre internt til de berørte avdelingene og ble så behandlet ved seksjonenes ledermøte. Tillatelse ble gitt

ved samtlige institusjoner. Ved hver institusjon ble det oppnevnt en kontaktperson, sykepleiefaglig rådgiver/fagutviklingssykepleier, som skulle bistå i datasamlingsarbeidet.

Spørreskjema ble delt ut ved akuttpsykiatrisk avdeling på fire forskjellige sykehus i østlandsområdet. Skriftlig informasjon om studien og ivaretagelse av deltakernes anonymitet, samt frivillighet i deltakelse ble vedlagt hvert enkelt spørreskjema i en ubrukt konvolutt. Besvarte spørreskjema ble lagt i konvolutten og levert min kontaktpersons posthylle. Ved samtlige institusjoner ble det, i tillegg til en påminnelse om besvarelse av spørreskjemaet, gjennomført to purringer med to ukers mellomrom. Ved to institusjoner ble besvarte skjemaer oversendt min adresse. Ved de øvrige institusjonene ble de hentet av meg.

3.6 Etiske vurderinger

Det enkelte individs integritet medfører en rett til privatsfære, autonomi og til personlig frihet. Dette innebærer en rett til å bestemme over seg selv og sin egen kropp og ta sine egne beslutninger. Personer som utsettes for forskning skal være informert om at de forskes på og hva forskningen innebærer og de skal ha gitt sitt eksplisitte samtykke til denne forskningen. Dette medfører også at de skal ha informasjon som gir relevant grunnlag for å ta beslutning om å samtykke eller la være å delta (Alver og Øyen, 1997). Når det gjelder skriftlig eller muntlig samtykke, synes det å være felles enighet i faglitteraturen om at ved bruk av postalt spørreskjema, som er tilfelle i denne undersøkelsen, godtas det som samtykke når respondentene svarer på spørsmålene og returnerer skjemaet (Polit og Beck, 2004).

Vedlagt hvert spørreskjema fulgte et informasjonsskriv som fortalte hvem jeg var, i hvilken hensikt jeg utførte studien og hva dataene skulle brukes til. Det ble videre informert om at datamaterialet ville bli statistisk bearbeidet hvor det ikke ville være tilgang på navnene til deltakerne. Opplysningene som fremkom i spørreskjemaet ville dermed ikke kunne knyttes til enkeltpersoner. Videre ble det understreket i informasjonsskrivet at returnert spørreskjema ville bli regnet som samtykke til deltakelse i studien. Det ble også opplyst om at deltakelse var frivillig og at respondentene til ethvert gitt tidspunkt kunne trekke seg fra studien. Spørreskjemaet ble sendt ut gjennom arbeidsstedet og med arbeidsgivers tillatelse. Det ble gitt forsikring om at de innsamlede data ble makulert etter ferdigstilt oppgave.

3.7 Metodekritikk

Herzbergs tofaktor motivasjonsteori har vært utgangspunktet for en rekke motivasjonsstudier i flere land, og benyttes fortsatt i stor grad ved jobbtilfredshetsundersøkelser. Herzbergs teori er likevel inngående diskutert i litteraturen, og flere har stilt seg kritisk til Herzbergs metode. Respondenter i Herzbergs studier ble bedt om å beskrive erfaringer som skapte tilfredshet og erfaringer som medførte misnøye. Jacobsen og Thorsvik (2007) fremhever individers tendens til å beskyldte omgivelsene, dersom de ikke lykkes i å oppnå gode resultater, fremfor å stille seg kritiske til egen innsats. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2007) kan det være at Herzbergs kartlegging av motivasjons- og hygienefaktorer reflekterer en slik tendens, og at tilfredshet og mistriivsel dermed ikke er så tydelig relatert til ulike forhold som det Herzberg argumenterer for (ibid). Herzbergs tofaktorteori har ifølge Bjørvik & Haukedal (1997) dessuten blitt kritisert for ikke i tilstrekkelig grad å ta hensyn til individuelle forskjeller i tilknytning til, hvilke faktorer som skaper trivsel og mistriivsel i arbeidssammenheng. Ifølge Bjørvik & Haukedal (1997) mangler Herzbergs teori fleksibilitet til å fange opp forskjeller i personlighetsstrukturen.

Det mest omdiskuterte punktet i Herzbergs teori er antakelsen om at lønn ikke påvirker individets motivasjon, og dermed ikke stimulerer til økt arbeidsinnsats (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Enkelte oppfatter at Herzberg i denne sammenheng kun legger til grunn en ren materiell tolkning av penger, og overser at lønnskompensasjon har en sterk symbolsk verdi for den enkelte (ibid). Mange opplever økonomisk godtgjørelse som en anerkjennelse av å ha gjort en god jobb. I mange sammenhenger er penger dessuten det eneste konkrete beviset på at den enkelte har utført tilfredsstillende arbeid (ibid). Lønn er dessuten sterkt knyttet til sosial status og er med på å plassere hver enkelt i en sosial kategori eller sosialt sjikt (ibid). Hygienefaktoren ”mellommenneskelige forhold” er også verdt å nevne i denne sammenheng. Herzbergs resonnement var at mellommenneskelige forhold ikke påvirker individets motivasjon og dermed ikke stimulerer til økt arbeidsinnsats. Etter Herzbergs resonnement kan jobbens mellommenneskelige forhold kun forebygge mistriivsel og at gode mellommenneskelige forhold ikke kan skape trivsel i seg selv. Flere studier fremhever likevel mellommenneskelige forhold er en hovedkilde til jobbtilfredshet blant sykepleiere i psykiatrifeltet. Det er rimelig å anta at deltakere i dagens jobbtilfredshetsundersøkelser vektlegger litt andre elementer i mellommenneskelige forhold på jobb enn hva Herzberg fremhever i sine beskrivelser av denne hygienefaktoren. Studier angående jobbtilfredshet

blant sykepleiere i psykiatrifeltet viser for eksempel at respekt og anerkjennelse for sykepleierollen fra andre helsearbeidere er en hovedkilde til jobbtilfredshet. Dessuten har en opplevelse av støttende og faglig sterke arbeidsrelasjoner vesentlig innvirkning på sykepleieres jobbtilfredshet.

På tross av disse elementene er Herzberg tofaktors motivasjonsteori likevel en godt strukturert og lett omsettelig teori i jobbtilfredshetsstudier. Resultater i den foreliggende undersøkelsen viser dessuten at vesentlige elementer for sykepleieres jobbtilfredshet sammenfaller med Herzbergs antakelser.

4 Resultatpresentasjon

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil resultater fra undersøkelsen bli presentert og dataanalysen forklart. Først presenteres undersøkelsens utvalg. Den øvrige resultatpresentasjonen er strukturert etter Herzbergs motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer, og omhandler funn fra spørreskjemaets seksjon fire og fem. Variablene 25–41 består av betegnelser/ ”items” som reflekterer sykepleiernes følelser overfor jobben på psykiatrisk akuttavdeling. Svaralternativene fordeler seg langs en fempunkts ordinalskala hvor respondentene har markert det området av skalaen som gjenspeiler deres oppfatning. Variablene 42–46 omhandler utsagn knyttet til respondentenes nåværende arbeidssituasjon. Respondentene har gradert sin enighet/uenighet i utsagnene ved hjelp av svaralternativene ”helt uenig”, ”uenig”, ”enig” og ”helt enig”. Resultatene blir nærmere analysert ved hjelp av krysstabeller, hvor bakgrunnsvariablene erfaring fra akuttpsykiatrifeltet, ansiennitet ved nåværende arbeidssted, videreutdanning og tjenestegjøring (turnus/faste vakter) blir sett opp mot respondentenes besvarelser. Det er gjort beregninger på signifikansnivå ved kjikvadrattest ved Linear-by-linear Association. Disse er oppgitt som lbl-verdier.

4.2 Utvalg

Det ble delt ut 179 spørreskjema på psykiatrisk akuttavdeling ved fire større sykehus i sør- og østlandsområdet. Det ble returnert 96 skjema hvorav 94 kunne inkluderes i undersøkelsen. Dette gir en svarandel på 52,5 %.

Av de returnerte spørreskjema er 64,9 % kvinner (61 av 94) og 35,1 % menn (33 av 94). Når det gjelder respondentenes alder har 33 % plassert seg i alderskategorien 21–30 år, 25,5 % i alderskategorien 31–40 år, 17 % i alderskategorien 51–60 år og 2 respondenter oppgir at de er over 60 år. Blant respondentene har 54,4 % videreutdanning, mens 43,6 % ikke har videreutdanning. Resultatene viser videre at 73,4 % av respondentene arbeider i todelt (dag og kveldsskift) eller tredelt turnus (dag kveld og nattskift). En respondent arbeider i kvelds- og nattturnus. Videre har 26,5 % av respondentene faste vakter enten i form av dagstilling, kveldsstilling eller nattstilling. Resultatene viser at 92,6 % av respondentene har fast stilling. Når det gjelder stillingsbrøk har 83 % av sykepleierne plassert seg i svarkategorien 76–100 %.

Når det gjelder respondentenes erfaring fra akuttpsykiatrien har 37,2 % plassert seg i svarkategorien 0–3 års erfaring, 23,4 % i svarkategorien 4–6 års erfaring og 14,9 % har plassert seg i svarkategorien 7–9 års erfaring. Videre oppgir 24,5 % av respondentene at de har mer enn 10 års erfaring fra dette spesialfeltet. Blant respondentene har 55,3 % 0–3 års ansiennitet på nåværende arbeidssted, 18,1 % av respondentene har jobbet i avdelingen i 4–6 år, 12,8 % av respondentene i 7–9 år og 13,8 % av respondentene mer enn ti års yrkesansiennitet ved sin avdeling.

4.3 Motivasjonsfaktorer

Respondentenes besvarelser i tilknytning til ulike motivasjonsfaktorer i skjemaets seksjon 4, samler seg hovedsakelig på fempunktsskalaens midtpunkt, som betyr en kombinasjon av begge ytterpunktene. Dette var et ønsket resultat ved flere av variablene. Midtpunktet kan betraktes som en refleksjon på et sunt forhold til jobben, ikke for mye av det ene eller det andre men litt av begge deler. Respondentenes besvarelser av variabelen ”arbeidets vanskegrad” samler seg for eksempel fempunktsskalaens midtpunkt. Dette betyr at respondentene oppfatter arbeidet i akuttavdelingen, hovedsakelig som en kombinasjon av vanskelig og enkelt. Når det gjelder utsagnene i spørreskjemaets seksjon fem har respondentene hovedsakelig oppgitt at de er enige i disse. Dette betyr at sykepleierne i all hovedsak har en positiv opplevelse av nåværende arbeidssituasjon.

Enkelte besvarelser utmerker seg likevel i positiv eller negativ retning. Resultatene viser at 91,4 % av respondentene ser resultater av eget arbeid. Over 70 % av respondentene oppgir at de har mye ansvar og stor selvstendighet i sitt arbeid. Hovedtyngden av respondentene oppgir dessuten at de har stor anledning til å utøve sykepleiefaglig arbeid.

Respondentene oppgir likevel i all hovedsak at de hadde utført bedre pasientomsorg, dersom de hadde hatt bedre tid til hver pasient. Et stort antall respondenter oppgir dessuten at jobbens stressnivå er høyt, at de opplever stor eller svært stor psykisk påkjenning i sitt arbeid og at de sjeldent får anerkjennelse for utført arbeid. Resultatene viser videre at 82,8 % av respondentene har behov for etterutdanning og kurs utover det som tilbys, i forbindelse med den sykepleie de utøver til daglig. Respondentene oppgir hovedsakelig at de enten har dårlige eller svært dårlige muligheter for stillingsforfremmelse. Slike elementer forhindrer likevel ikke at 96,8 % av respondentene opplever at arbeidet på akuttpsykiatrisk avdeling er meningsfullt og interessant. En klar hovedtyngde av respondentene oppgir dessuten at de

enten har stor eller svært stor jobbmotivasjon. De er stolte av jobben sin og hadde gjort tilsvarende yrkesvalg igjen.

4.3.1 Samvariasjon med bakgrunnsdata

Som en kvalitetssikring ble det kjørt analyser mellom de fire hovedkategoriene bakgrunnsvariabler og samtlige variabler i tilknytning til de indre motivasjonsfaktorene. De aller fleste viste kun svake sammenhenger. I resultatpresentasjonen nedenfor beskrives kun analyseresultater som gav signifikante funn.

Ved hjelp av korrelasjonsanalyse ved Spearman er det kontrollert for at videreutdanning og erfaring ikke spiller inn på bakgrunnsvariabelen tjenestegjøring (turnus/faste vakter). Korrelasjonsanalysen mellom tjenestegjøring og videreutdanning viser kun en svak positiv samvariasjon ved korrelasjonsmålet ,299. Mellom erfaring og tjenestegjøring fremkommer en svak negativ samvariasjon ved et korrelasjonsmål på ,360. Dette betyr at det er en tendens til at videreutdanning og erfaring spiller inn på tjenestegjøring. Tendensen er likevel ikke sterk nok til å forkaste tjenestegjøring (turnus/faste vakter) som en uavhengig variabel. Nedenfor presenteres dermed også krystabeller som viser at respondentenes besvarelser påvirkes av hvorvidt de arbeider turnus eller har faste vakter.

4.3.2 Ansvar og selvstendighet

Tabell 1

Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd innflytelse på planlegging av egen arbeidshverdag (n=92)

		Erfaring fra akuttpsykiatri		Total
		Liten/begrenset erfaring	Lang erfaring	
Jeg synes jeg har tilstrekkelig innflytelse på planlegging av egen arbeidsdag	Uenig	35,3 %	15,5 %	22,8 %
	Enig	64,7 %	84,5 %	77,2 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,030

Tabell nr. 1 viser at respondentene med lite erfaring i mindre grad enn dem med lang erfaring, opplever at de har tilstrekkelig innflytelse på planlegging av egen arbeidshverdag. Forskjellen vises ved at 35,3 % av respondentene med liten erfaring, mens 15,5 % av respondentene med lang erfaring, oppgir at de er uenige i at de har tilstrekkelig innflytelse på dette.

Lbl-verdien er på 0,030 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes erfaring og opplevelsen av hvorvidt de har tilstrekkelige innflytelse på planlegging av egen arbeidsdag.

Tabell 2

Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd omfang av administrativt arbeid (n=93)

		Erfaring fra akuttpsykiatri		Total
		Liten/begrenset erfaring	Lang erfaring	
Det kreves for mye papirarbeid og annet administrativt arbeid av sykepleierne på min avdeling	Helt enig	2,9 %	6,8 %	5,4 %
	Enig	20,6 %	35,6 %	30,1 %
	Uenig	61,8 %	50,8 %	54,8 %
	Helt uenig	14,7 %	6,8 %	9,7 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,049

Tabell nr. 2 viser at respondentene med lang erfaring i større grad enn respondentene med lite erfaring, synes det kreves for mye papirarbeid og annet administrativt arbeid av sykepleierne på akuttavdelingen. Resultatene viser at 42,4 % av respondentene med lang erfaring, til forskjell fra 23,5 % av respondentene med liten erfaring, oppgir at de enten er enige eller helt enige i dette utsagnet.

Lbl-verdien er på 0,049 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes erfaring og oppfatningen av hvorvidt det kreves for mye papirarbeid og annet administrativt arbeid av sykepleierne på akuttavdelingen.

Tabell 3

Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd innflytelse på pasienters behandlingsforløp (n=93)

		Erfaring fra akuttpsykiatri		
		Liten/begrenset erfaring	Lang erfaring	Total
Jeg synes jeg har tilstrekkelig innflytelse på behandlingsforløpet til mine pasienter	Helt uenig	11,4 %	3,4 %	6,5 %
	Uenig	25,7 %	19,0 %	21,5 %
	Enig	62,9 %	69,0 %	66,7 %
	Helt enig		8,6 %	5,4 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,029

Tabell nr. 3 viser at respondentene med lite erfaring i mindre grad enn respondentene med lang erfaring, synes de har tilstrekkelig innflytelse på pasientenes behandlingsforløp. Resultatene viser at 37,1 % av respondentene med liten erfaring, til forskjell fra 22,4 % av respondentene med lang erfaring, oppgir at de ikke har tilstrekkelig innflytelse på pasientenes behandlingsforløp. Blant respondentene med lang erfaring er 77,6 % enige i at de har tilstrekkelig innflytelse på pasientens behandlingsforløp, men inkludert at 8,6 % er ”helt enige” i dette. Tilsvarende er prosentandelen 62,9 % for respondentene med liten erfaring.

Lbl-verdien er 0,029 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes erfaring og opplevelsen av behandlingsinnflytelse.

Tabell 4

Sammenheng mellom arbeidstidsordning og opplevd innflytelse på pasienters behandlingsforløp (n=93)

		Tjenestegjøring		Total
		Turnus	Annen stilling	
Jeg synes jeg har tilstrekkelig behandlingsinnflytelse på behandlingsforløpet til mine pasienter	Uenig	19,1 %	50,0 %	27,2 %
	Enig	80,9 %	50,0 %	72,8 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,004

Tabell nr. 4 viser at sykepleierne som ikke jobber turnus i større grad enn sykepleierne som arbeider i todelt eller tredelt turnus, synes at de mangler tilstrekkelig innflytelse på pasientenes behandlingsforløp. Prosentandelene er på henholdsvis 50 % for respondentene som ikke arbeider turnus og 19,1 % for respondentene som arbeider i turnus.

Forskjellene som viser seg er statistisk signifikante ved lbl-verdien på 0,004. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes tjenestegjøring og oppfatningen av innflytelsen på pasientenes behandlingsforløp.

Tabell 5

Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd beslutningsmyndighet (n=91)

		Erfaring fra akuttpsykiatri		Total
		Liten/begrenset erfaring	Lang erfaring	
Beslutningsmyndighet	Stor	26,5 %	43,9 %	37,4 %
	Verken stor eller liten	52,9 %	47,4 %	49,5 %
	Liten	20,6 %	8,8 %	13,2 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,045

Tabell nr. 5 viser at respondentene med liten erfaring opplever at de har mindre beslutningsmyndighet enn hva respondentene med lang erfaring oppgir. Resultatene viser at 73,5 % av respondentene med liten erfaring, til forskjell fra 56,2 % av respondentene med lang erfaring, oppgir at de enten har liten eller verken stor eller liten beslutningsmyndighet i arbeidet på akuttavdelingen. Forskjellen mellom populasjonene vises dessuten tydelig ved at 43,9 % av respondentene med lang erfaring, mens 26,5 % av respondentene med liten erfaring, oppgir at de har stor beslutningsmyndighet.

Lbl-verdien er 0,045 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det foreligger dermed en signifikant sammenheng mellom erfaring og respondentenes beslutningsmyndighet i arbeidet på akuttavdelingen.

4.3.3 Vekstmuligheter

Tabell 6

Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevd mulighet for forfremmelse (n=92)

		Erfaring fra akuttpsykiatri		Total
		Liten/begrenset erfaring	Lang erfaring	
Muligheter for forfremmelse i stillingssammenheng	Svært gode		3,4 %	2,2 %
	Gode		22,4 %	14,1 %
	Verken gode eller dårlige	38,2 %	34,5 %	35,9 %
	Dårlige	47,1 %	25,9 %	33,7 %
	Svært dårlige	14,7 %	13,8 %	14,1 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,013

Tabell nr. 6 viser at ingen respondenter med lite erfaring oppgir gode muligheter for stillingsforfremmelse i akuttavdelingen. Blant respondentene med lang erfaring oppgir derimot 25,8 % at de enten har gode eller svært gode muligheter for dette. Resultatene viser videre 61,8 % av respondentene med lite erfaring oppgir at mulighetene for stillingsforfremmelse enten er dårlige eller svært dårlige. Tilsvarende er prosentandelen på 39,7 % blant respondentene med lang erfaring.

Lbl-verdien er på 0,013 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er en signifikant sammenheng mellom respondentenes erfaring og oppfatningen av muligheter for stillingsforfremmelse.

Tabell 7

Sammenheng mellom videreutdanning og opplevd mulighet for forfremmelse (n=92)

		Videreutdanning		
		Ja	Nei	Total
Muligheter for forfremmelse i stillingssammenheng	Svært gode	3,8 %		2,2 %
	Gode	22,6 %	2,6 %	14,1 %
	Verken gode eller dårlige	35,8 %	35,9 %	35,9 %
	Dårlige	28,3 %	41,0 %	33,7 %
	Svært dårlige	9,4 %	20,5 %	14,1 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,002

Tabell nr. 7 viser at kun 2,6 % av respondentene uten videreutdanning oppgir gode muligheter for stillingsforfremmelse, mens 26,4 % av sykepleierne med videreutdanning derimot oppgir gode eller svært gode muligheter for dette. Resultatene viser videre 61,5 % av respondentene uten videreutdanning, til forskjell fra 37,7 % av respondentene med videreutdanning, oppgir at mulighetene for forfremmelse enten er dårlige eller svært dårlige.

Lbl-verdien er 0,002 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er en signifikant sammenheng mellom videreutdanning og oppfatningen av mulighetene for stillingsforfremmelse i akuttavdelingen.

Tabell 8

Sammenheng mellom videreutdanning og opplevd behov for etterutdanning/kurs (n=93)

		Videreutdanning		
		Ja	Nei	Total
Jeg har behov for etterutdanning/kurs utover det som tilbys i forbindelse med den sykepleie jeg utfører til daglig	Helt enig	28,3 %	50,0 %	37,6 %
	Enig	47,2 %	42,5 %	45,2 %
	Uenig	18,9 %	7,5 %	14,0 %
	Helt uenig	5,7 %		3,2 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,007

Tabell nr. 8 viser at sykepleierne uten videreutdanning i større grad enn sykepleierne med videreutdanning, har behov for etterutdanning og kurs. Resultatene viser at 92,5 % av sykepleierne uten videreutdanning og 75,7 % av sykepleierne med videreutdanning, oppgir behov for dette.

Lbl-verdien er 0,007 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er en signifikant sammenheng mellom videreutdanning og respondentenes behov for etterutdanning/kurs.

4.3.4 Prestasjoner

Tabell 9

Sammenheng mellom ansiennitet i avdelingen og opplevd anledning til sykepleiefaglig arbeid (n=93)

		Ansiennitet i avdelingen		Total
		Kort ansiennitet	Lang ansiennitet	
Anledning til sykepleiefaglig arbeid	Stor	54,9 %	71,4 %	62,4 %
	Kombinasjon av stor og liten	31,4 %	26,2 %	29,0 %
	Liten	13,7 %	2,4 %	8,6 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,040

Tabell nr. 9 viser respondentene med lang ansiennitet i avdelingen opplever i større grad at de har stor anledning til sykepleiefaglig arbeid. Forskjellene vises ved at 71,4 % av respondentene med lang ansiennitet, mens 54,9 % av sykepleierne med kort ansiennitet, oppgir stor anledning til dette.

Lbl-verdien er på 0,040 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes ansiennitet i avdelingen og oppfatningen av anledning til sykepleiefaglig arbeid.

4.3.5 Arbeidet i seg selv

Tabell 10

Sammenheng mellom arbeidstidsordning og opplevelse av å ha tilstrekkelig tid til relasjonsbygging (n=93)

		Tjenestegjøring		Total
		Turnus	Annen stilling	
Jeg har tilstrekkelig tid til relasjonsbygging med pasienten	Uenig	44,1 %	20,8 %	38,0 %
	Enig	55,9 %	79,2 %	62,0 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,045

Tabell nr. 10 viser at sykepleierne som arbeider turnus i større grad enn respondentene som ikke arbeider i turnus, opplever at de mangler tilstrekkelig tid til relasjonsarbeid med pasienten. Forskjellene vises ved prosentandelene på 44,1 % for respondentene i turnus og 20,8 % for sykepleierne som ikke arbeider turnus. Lbl-verdien er 0,045 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er en signifikant sammenheng mellom respondentenes tjenestegjøring og oppfatningen av hvorvidt de har tilstrekkelig tid til relasjonsarbeid med pasienten.

Det er kontrollert for at tjenestegjøring ikke er en mellomliggende variabel i tilknytning til erfaring og videreutdanning.

4.3.6 Anerkjennelse

Tabell 11

Sammenheng mellom ansiennitet i avdelingen og opplevd anerkjennelse for utført arbeid (n=92)

	Ansiennitet i avdelingen		Total
	Kort ansiennitet	Lang ansiennitet	
Anerkjennelse for utført arbeid			
Gis svært ofte	2,0 %	7,1 %	4,3 %
Gis	22,0 %	38,1 %	29,3 %
Verken gis eller er ikke eksisterende	50,0 %	40,5 %	45,7 %
Sjeldent	26,0 %	14,3 %	20,7 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,024

Tabell nr. 11 viser at respondentene med kort ansiennitet i avdelingen i mindre grad opplever anerkjennelse for utført arbeid i forhold til respondentene med lang ansiennitet. Forskjellene vises ved at 26 % av respondentene med kort ansiennitet, mens 14,3 % av respondentene med lang ansiennitet, oppgir at de sjeldent får anerkjennelse for utført arbeid. Videre viser resultatene at 24 % av respondentene med kort ansiennitet, til forskjell fra 45,2 % av respondentene med lang ansiennitet, oppgir at anerkjennelse for utført arbeid gis eller gis svært ofte.

Lbl-verdien er på 0,024 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes ansiennitet i avdelingen og opplevelsen anerkjennelse for utført arbeid.

4.4 Hygienefaktorer

Frekvensresultatene viser at 70 % av respondentene oppgir at arbeidsforholdene ved akuttpsykiatrisk avdeling enten er gode eller svært gode. Hovedtyngden av respondentene oppgir at arbeidsbelastningen er en kombinasjon av tung og lett. Samtidig oppgir et stort antall respondenter dessuten at de har lett arbeidsbelastning. I tilknytning til hygienefaktoren mellommenneskelige forhold oppgir 94,7 % av respondentene det er et godt samarbeid mellom sykepleiere på alle nivåer i avdelingen. Over 80 % av respondentene oppgir dessuten at det er et godt tverrfaglig samarbeid i akuttavdelingen samt at de samarbeider godt med akuttavdelingens behandlere. Resultatene viser videre at 88 % av respondentene oppgir at de har en god relasjon til nærmeste leder. En klar hovedtyngde av respondentene oppgir dessuten at sykepleiebelegget er tilfredsstillende og at pasientantallet er passe. Derimot oppgir 76 % av respondentene at de ikke synes lønnen står i forhold til det arbeidet de utfører.

4.4.1 Samvariasjon med bakgrunnsdata

Som en kvalitetssikring ble det kjørt analyser mellom de fire hovedkategoriene bakgrunnsvariabler og samtlige variabler i tilknytning til Herzbergs hygienefaktorer. Analysene viste hovedsakelig svake sammenhenger. Nedenfor beskrives kun krystabeller hvor analyseresultatene viste signifikante funn.

4.4.2 Arbeidsforhold

Tabell 12

Sammenheng mellom ansiennitet i avdelingen og opplevd arbeidsbelastning (n=93)

	Ansiennitet i avdelingen		Total
	Kort ansiennitet	Lang ansiennitet	
Arbeidsbelastning Tung	15,7 %	40,5 %	26,9 %
Kombinasjon av tung og lett	39,2 %	47,6 %	43,0 %
Lett	45,1 %	11,9 %	30,1 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,000

Tabell nr. 12 viser at respondentene med lang ansiennitet i avdelingen, i større grad enn dem med kort ansiennitet, opplever at arbeidsbelastningen er tung. Forskjellene viser prosentandelene på henholdsvis 40,5 % for respondentene med lang ansiennitet, og 15,7 % for sykepleierne med kort ansiennitet. Videre oppgir 59,5 % av respondentene med lang ansiennitet at arbeidsbelastningen enten er lett eller en kombinasjon av tung og lett, mens 84,3 % av respondentene med kort ansiennitet oppgir tilsvarende.

Lbl-verdien er 0,000 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes ansiennitet i avdelingen og opplevelsen av arbeidsbelastningen.

4.4.3 Mellommenneskelige forhold

Tabell 13

Sammenheng mellom videreutdanning og evaluering av relasjon til nærmeste leder (n=93)

		Videreutdanning		Total
		Ja	Nei	
Jeg har god relasjon til min nærmeste leder	Uenig	5,8 %	19,5 %	11,8 %
	Enig	94,2 %	80,5 %	88,2 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,043

Tabell nr. 13 viser at sykepleierne uten videreutdanning oppgir i større grad enn dem som har videreutdanning at de er ”uenig” i at de har god relasjon til nærmeste leder. Forskjellene vises ved at 19,5 % av sykepleierne uten videreutdanning, mens 5,8 % av sykepleierne med videreutdanning, er ”uenig” i dette utsagnet.

Lbl-verdien er 0,043 og forskjellene som viser seg er statistisk signifikante. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom videreutdanning og respondentenes oppfatning av relasjonen til sin nærmeste leder.

Tabell 14

Sammenheng mellom akuttpsykiatrisk arbeidserfaring og opplevelse av kollegial støtte og veiledning (n=94)

		Erfaring fra akuttpsykiatri		
		Liten/begrenset erfaring	Lang erfaring	Total
Kollegaer støtter og veileder meg i møte med utfordrende og uforutsigbare pasienter	Uenig	17,1 %	5,1 %	9,6 %
	Enig	82,9 %	94,9 %	90,4 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,056

Tabell nr. 14 viser at respondentene med lite erfaring, i forhold til respondentene med lang erfaring, i mindre grad opplever støtte og veiledning fra kollegaer i møte med utfordrende og uforutsigbare pasienter. Forskjellene mellom populasjonene vises ved prosentandelene på henholdsvis 17,1 % og 5,1 %.

Til tross for den lave lbl-verdien på 0,056 går grensen for statistisk signifikans ved 0,05. Forskjellene som viser seg kan dermed ikke sies å være statistisk signifikante.

4.4.4 Administrative forhold

Tabell 15

Sammenheng mellom ansiennitet i avdelingen og oppfatning av pasientbelegget (n=92)

		Ansiennitet i avdelingen		Total
		Kort ansiennitet	Lang ansiennitet	
Antall pasienter	For mange	11,8 %	29,3 %	19,6 %
	Passe	82,4 %	68,3 %	76,1 %
	For få	5,9 %	2,4 %	4,3 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,033

Tabell nr. 15 viser at respondentene med lang ansiennitet oppgir i større grad enn dem som har kort ansiennitet, at pasientantallet er for høyt. Resultatene viser at 29,3 % av respondentene med lang ansiennitet, til forskjell fra 11,8 % av respondentene med kort ansiennitet, oppgir at det er for mange pasienter i avdelingen.

Lbl-verdien er på 0,033 og forskjellene som viser er statistisk signifikante. Det er dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes ansiennitet i avdelingen og oppfatningen av pasientbelegget i avdelingen.

4.4.5 Lønnsforhold

Tabell 16

Sammenheng mellom arbeidstidsordning og evaluering av forholdet mellom lønn og utført arbeid (n=93)

		Tjenestegjøring		Total
		Turnus	Annen stilling	
Min lønn står i forhold til det arbeidet jeg utfører	Ja	19,1 %	41,7 %	25,0 %
	Nei	80,9 %	58,3 %	75,0 %
Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Linear-by-linear Association = 0,029

Tabell nr. 16 viser at sykepleierne som ikke arbeider turnus, i større grad enn de som arbeider i turnus, er tilfreds med lønnen i forhold til det arbeidet de utfører. Resultatene viser at 41,7 % av respondentene som ikke arbeider turnus, til forskjell fra 19,1 % av respondentene som arbeider turnus, oppgir at lønnen står i forhold til det arbeidet de utfører. Lbl-verdien er 0,029 og forskjellene som viser er statistisk signifikante. Det foreligger dermed en signifikant sammenheng mellom respondentenes tjenestegjøring og tilfredshet med lønnsnivået i forhold til det arbeidet de utfører.

5 Drøfting av funn

5.1 Innledning

Hovedtyngden av respondentene er både stolte av jobben sin og har enten stor eller svært stor jobbmotivasjon. Respondentenes tilfredshet utmerker seg i tilknytning til de indre motivasjonsfaktorene, ”prestasjoner” og ”arbeidet i seg selv”, ved at over 90 % både ser resultater av eget arbeid, og oppfatter arbeidet i akuttavdelingen som meningsfullt og interessant. Når det gjelder hygienefaktorene viser frekvensresultatene at nesten 80 % av respondentene er svært tilfredse med både akuttavdelingens arbeidsforhold og mellommenneskelige forhold (arbeidsrelasjoner).

Respondentene oppgir derimot mindre tilfredshet med motivasjonsfaktoren ”vekstmuligheter”. Om lag 83 % av respondentene har behov for kurs/videreutdanning, utover det tilbudet som finnes, i forbindelse med den sykepleie de utøver til daglig. Hovedtyngden av respondentene oppgir dessuten at det er dårlige muligheter for karriereutvikling ved akuttpsykiatrisk avdeling. Når det gjelder hygienefaktoren ”lønnsforhold” oppgir om lag 80 % av respondentene at de ikke synes lønnen står i forhold til det arbeidet de utfører.

Hovedelementet i Herzbergs tofaktors motivasjonsteori er at jobbtildfredshet (jobbtrivsel) påvirkes av to selvstendige faktorer, motivasjons- og hygienefaktorer. Ifølge Herzberg et al (1993) er det kun motivasjonsfaktorer, i den grad de er tilstede, som direkte kan skape høy tilfredshet i jobben. Hygienefaktorer kan i seg selv ikke påvirke individets tilfredshet og jobbmotivasjon. Forbedring av hygienefaktorer kan kun forebygge mistrivsel og er på sin side direkte årsaker til utilfredshet og mistrivsel i jobben, dersom de mangler eller svikter. Sviktede motivasjonsfaktorer medfører på sin side ikke jobbtildfredshet, men fører til en mer nøytral og distansert holdning til jobben. Ifølge Herzberg et al (1993) forebygger tilfredsstillende hygienefaktorer mistrivsel, men faktorene kan ikke gi individet en grunnleggende trivsel/tildfredshet i arbeidet. Sentralt i Herzbergs resonnement er det at tildfredshet med indre motivasjonsfaktorer bidrar til at omkringliggende forhold til selve arbeidet, ”arbeidsforholdene”, blir mindre viktig for medarbeidernes jobbmotivasjon. Lav score på indre motivasjonsfaktorer, bidrar derimot til at tildfredshet med elementer ved jobbets arbeidsforhold blir av større betydning for medarbeidernes jobbmotivasjon (ibid).

I drøftelsene nedenfor vektlegges funn i tilknytning til motivasjonsfaktorene ”prestasjoner”, ”arbeidet i seg selv” og ”utviklingsmuligheter”. I tilknytning til hygienefaktorene vil drøftelsene nedenfor ta utgangspunkt i resultater vedrørende jobbens ”mellommenneskelige forhold”, ”lønnsforhold” og ”arbeidsforhold”. Begrunnelsen for dette er for det første at respondentenes besvarelser i tilknytning disse indre og ytre motivasjonsfaktorene utmerker seg. For det andre viser annen forskning at de foreliggende resultatene har sterk innvirkning på jobbtilfredshet/jobbutilfredshet blant sykepleiere som arbeider i psykiatrifeltet. Respondentene i den foreliggende undersøkelsen var nødvendigvis ikke innforstått med det teoretiske fundamentet.

5.2 Resultater av eget arbeid

Resultatene viser at over 90 % av respondentene ser resultater av eget arbeid.

Opplevelsen av å se resultater av eget arbeid er et sentralt element ved Herzbergs motivasjonsfaktor ”prestasjoner”. Herzberg et al (1993) fremhever at resultater av eget arbeid direkte skaper en følelse av sterk tilfredshet hos medarbeidere. Dette er sammenfallende med Sharp (2008) hvor resultater av eget arbeid fremheves som en vesentlig kilde til jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere. Tilsvarende avdekket Farrell og Dares (1999) og Robinson et al (2005) at sykepleiere ansatt i psykiatrifeltet følte sterk tilfredshet, ved opplevelse av at sykepleiarbeidet medførte positive forandringer i pasienters tilstand og tilværelse. Resultater av eget arbeid som en jobbtilfredshetskilde understøttes videre i Landeweerd og Boumans (1988) hvor sykepleiere ved psykiatrisk inntakstavdeling gav uttrykk for sterkere jobbtilfredshet enn sykepleiere ved psykiatrisk korttidsavdeling og - langtidsavdeling. Landeweerd og Boumans (1988) knytter hovedsakelig dette resultatet til at sykepleiere ved psykiatrisk inntakstavdeling raskt så resultater av eget arbeid. Pasienter ved psykiatrisk inntakstavdeling var ikke preget av å være hospitalisert eller stigmatisert, men mottok kun akutt og intensiv behandling. Opplevelsen av og raskt se resultater av eget arbeid bidro til sykepleierne oppfattet sykepleiarbeidet som hensiktsmessig og meningsfullt. Dette hadde igjen direkte innvirkning på sykepleiernes jobbtilfredshet (ibid).

5.3 Omsorgsutøvelse

Hovedtyngden av respondentene oppgir at de hadde utført bedre pasientomsorg dersom de hadde hatt mer tid til hver pasient.

Respondentenes oppfatning av at de hadde utført bedre pasientomsorg dersom de hadde hatt mer tid til hver pasient, belyser elementer ved motivasjonsfaktorene ”arbeidet i seg selv” og ”prestasjoner”. Omsorgsutøvelse er selve kjernen i sykepleiefaget og dermed et hovedelement ved selve yrkesutøvelsen. Ifølge Herzberg et al (1993) bidrar yrkesutøvelsen i seg selv direkte til gode eller dårlige følelser overfor jobben. Herzberg et al (1993) fremhever at muligheter og rom for gjennomføring av et arbeid fra begynnelse til slutt direkte skaper en følelse av voldsom tilfredshet hos individet. Tilsvarende er opplevelsen av gode prestasjoner i form av suksessfull problemløsning og fullbyrdelse av et arbeid en kilde til sterk tilfredshet hos individet (ibid). Dette betyr at opplevelse av suksessfullt arbeid og tilstrekkelig muligheter til å utføre av et arbeid fra begynnelse til slutt, direkte skaper økt motivasjon og tilfredshet i jobben. Uteblivelse av slike elementer vil likevel ikke etter Herzbergs resonnement medføre jobbtilfredshet, men resultere i en mer distansert og nøytral holdning til arbeidet (ibid).

En parallell til Herzbergs resonnement er at Bee et al (2006) og Robinson et al (2005) betrakter muligheter for god omsorgsutøvelse og direkte samhandling med pasientene, som hovedkilder til jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere. Dette understøttes av Nolan et al (2007) hvor direkte kontakt og samhandling med pasienter ble betraktet som en hovedkilde til jobbtilfredshet blant amerikanske og engelske psykiatriske sykepleiere.

Bee et al (2006) fremhever på sin side at kvalitetsmessig god omsorgsutøvelse forutsettes av at sykepleier har tid disponibelt og aktivt samhandler med pasienter. Respondenter i den foreliggende undersøkelsen oppgir at de hadde utført bedre pasientomsorg dersom de hadde hatt mer tid til hver pasient. Et spørsmål som reiser seg i forbindelse med dette er hvorvidt økte krav til administrative og organisasjonsmessige oppgaver kan være bakgrunnen til at sykepleierne synes de mangler tilstrekkelig tid til kvalitetsmessig god pasientomsorg.

Fourie et al (2005) betrakter sykepleiers komplekse rolle i akuttpsykiatrisk avdeling som en hindring for ivaretagelse av tilfredsstillende pasientomsorg. Fundamentale sykepleieoppgaver i akuttavdelingen er ifølge Fourie et al (2005) etablering samt opprettholdelse av støttende og terapeutiske relasjoner til pasienter, klinisk observasjon av pasienters psykiske tilstand og ivaretagelse av avdelingens sikkerhet. I tillegg har sykepleiere i kraft av gruppelederansvaret et omfattende koordineringsansvar for akuttavdelingens daglige drift. Utstrakte krav til administrativt arbeid, undervisningsansvar for studenter, kollegaer, pasienter og pårørende samt et vesentlig dokumentasjonsansvar påhviler dessuten sykepleiere i akuttpsykiatrisk

avdeling. Ifølge Fourie et al (2005) medfører sykepleiers komplekse rolle i akuttavdelingen, mindre tid til pasientomsorg og direkte pasientkontakt.

Tilsvarende avdekket Bee et al (2006) at sykepleiere ved psykiatrisk akuttavdeling hovedsakelig var travelt opptatt med møtevirksomhet og administrative oppgaver, mens ufaglært personell i all hovedsak hadde ansvar for den direkte pasientkontakten. Dette understøttes av Hanrahan og Aiken (2008) hvor psykiatriske sykepleiere oppga at de hadde urimelig mange administrative oppgaver, samt at ufaglært personell i stadig større grad ble leid inn for å ta hånd om samhandling med pasienter. Sammenfallende med studiene overfor oppgir et stort antall respondenter i den foreliggende undersøkelsen at det kreves for mye papirarbeid og annet administrativt arbeid av dem. Respondentene med lang erfaring utmerker seg i denne sammenheng. Det er rimelig å legge til grunn at denne respondentgruppa har spesialutdanning i enten psykisk helse eller annet, hvilket medfører økt ansvar både i form av ledelsesoppgaver og administrative oppgaver som blant annet papirarbeid.

Studiene referert til overfor og resultater fra den foreliggende undersøkelsen tilsier at administrative oppgaver må kunne betraktes for å være sentrale sykepleieoppgaver ved akuttpsykiatrisk avdeling. Sett i sammenheng med Herzbergs teori representerer krav til administrative oppgaver en del av innholdet i sykepleiearbeidet på akuttavdelingen, og knytter seg dermed til motivasjonsfaktoren ”arbeidet i seg selv”. Dette innebærer at sykepleiers utstrakte administrative ansvar ved akuttavdelingen reflekterer/representerer et vesentlig element ved sykepleiers yrkesutøvelse, noe som igjen vil bidra direkte til gode eller dårlige følelser overfor jobben.

Med Herzbergs teori tatt i betraktning, vil ikke respondentenes opplevelse av for mange krav til administrative oppgaver medføre jobbtilfredshet, men kun resultere i en mer distansert og nøytral holdning til selve arbeidet. Nolan et al (2007) fremhever derimot at krav til administrative oppgaver en hovedkilde til jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere. Dette understøttes dessuten av Hanrahan og Aiken (2008) hvor opplevelsen av urimelig mange administrative oppgaver betraktes som en vesentlig årsak til jobbtilfredshet blant sykepleiere ved akuttpsykiatrisk avdeling.

5.4 Relasjonsbygging

Hovedtyngden av respondentene oppgir at de mangler tilstrekkelig tid til relasjonsbygging med pasientene. Turnusarbeidende respondenter utmerker seg i denne sammenheng.

I litteraturen betraktes terapeutisk relasjonsarbeid med pasienter som selve essensen ved innholdet i psykiatrisk sykepleiearbeid. Sykepleiers muligheter til relasjonsarbeid med pasienter reflekterer dermed elementer ved Herzbergs motivasjonsfaktor ”arbeidet i seg selv”. Motivasjonsfaktoren ”arbeidet i seg selv” knytter seg til elementer ved selve yrkesutøvelsen og arbeidsoppgavene, og er en direkte kilde til tilfredshet i arbeidet (Herzberg et al, 1993). Et arbeid kan oppleves kreativt, utfordrende, variert, rutinepreget, lett eller vanskelig, meningsfullt eller meningsløst (ibid). Herzberg et al (1993) fremhever opplevelse av et meningsfullt og interessant arbeid, som den viktigste kilden til tilfredshet i arbeidssammenheng. Et meningsfullt og interessant arbeid skaper direkte en følelse av voldsom tilfredshet hos individet (ibid). Herzbergs resonnement sett i sammenheng med at relasjonsarbeid betraktes som kjerneinnholdet i psykiatrisk sykepleie, tilsier at tilstrekkelig tid til relasjonsarbeid med pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling, vil bidra til en opplevelse av å ha meningsfullt og interessant arbeid. Dette vil igjen direkte en følelse av voldsom tilfredshet hos sykepleier.

I følge Peplau (1994) er hovedformålet med psykiatrisk sykepleiearbeid å bidra til forandring i pasienters tanke- og atferdsmønster. Sykepleier skal ved hjelp av sin råd- og veiledningsfunksjon bidra til å hjelpe pasienter til å identifisere og erkjenne sine problemer samt bistå pasienter i sitt strev for å bli kjent med seg selv. Peplau (1994) fremhever at terapeutisk samhandling forutsetter kontinuitet over tid og har størst terapeutisk utbytte ved regelmessige og avtalte møter.

Flere nyere studier sammenfaller med litteraturens tradisjonelle oppfatning om at den terapeutiske relasjonen er det essensielle innholdet i psykiatrisk sykepleiepraksis (Bee et al 2007; Cleary, 2003; Evans, 2007; Fourie et al, 2005; Moyle, 2003). Sykepleiere oppfatter relasjonsbygging og samarbeid med pasienter, som det essensielle innholdet i sykepleiearbeidet på akuttpsykiatrisk avdeling. Dette til tross for korte sykehusopphold og et hovedmandat om å stabilisere av pasienters akutte sykdomstilstand. Sykepleiere i dette spesialfeltet betegner den terapeutiske rollen som sin viktigste rolle, og fremhever den terapeutiske relasjonen som selve hjørnesteinen og særpreget ved psykiatrisk sykepleie (ibid).

Cleary (2003) fremhever at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er forutsatt av at sykepleier avsetter tid til en-til-en-kontakt med pasienter, er tilgjengelig for samtale og samhandling samt for å lytte til pasienter. I tillegg er sykepleiers empati, forståelse og evne til å forklare samt formidle tilstrekkelig informasjon til pasienter, om hva som skjer og/eller skal skje, vesentlige elementer som kan forebygge pasienters opplevelse av angst og uro (ibid). Disse elementene fremheves dessuten som vesentlige sykepleiestrategier for å bidra til at pasienter etter hvert, vil forstå behovet for hjelp og dermed gradvis oppleve kontroll over egen situasjon (ibid). Patterson, Curties og Reid (2008) fremhever i likhet med Cleary (2003) at sykepleiers kommunikasjon med pasienter er den viktigste sykepleieoppgaven i akuttpsykiatrisk avdeling. Patterson et al (2008) understreker at kommunikasjon med akutt psykisk syke pasienter er en komplisert sykepleieferdighet. Denne omhandler både samhandling, samtale og etablering av hensiktsmessige relasjoner til pasienter. Det eksisterer dessuten mange forskjellige kommunikasjonsteknikker for de ulike situasjoner som kan oppstå i en slik akutfase.

Ifølge Cleary (2003) har krav til behandlingseffektivitet, mindre tilgang på ressurser og korte sykehusopphold med fokus på krisestabilisering, økt forventninger og krav til sykepleierutøvelsen. Disse elementene har dessuten påvirket den tradisjonelle oppfatningen av innholdet i psykiatrisk sykepleiepraksis, uten at dette har blitt uttrykkelig omdefinert (ibid). Dagens behandlingssideologi ved rask diagnostisering og generelle behandlingstiltak i form av medisinerer av symptomer, svekker muligheter for individuell tilnærming til pasienter. Dessuten reduserer kvaliteten på sykepleieomsorgen ved at sykepleiearbeidet både blir oppstykket og terapeutisk overfladisk (Hummelvoll og Severinsson, 2001). I tillegg har utstrakte krav til administrative oppgaver i form av papirarbeid, forberedelse av utskrivelser og ledelsesoppgaver resultert i at sykepleier har mindre tid til direkte pasientkontakt. Disse elementene reduserer dermed sykepleiers muligheter til å ivareta sin terapeutiske rolle (Bee et al, 2006; Evans, 2007; Fourie et al, 2005; Moyle, 2003; Whittington & McLaughlin, 2000).

Til tross for at sykepleiere i Fourie et al (2005) oppgav at de benyttet enhver anledning til å utføre terapeutisk arbeid med pasienter, omhandlet sykepleiearbeidet hovedsakelig observasjon og stabilisering av pasienters sykdomstilstand. Tilsvarende avdekket Moyle (2003) at pasienter opplever av at sykepleier raskt distanserer seg fra dem etter innkomst i avdelingen, ved kun å fokusere på symptomer og medisinsk behandling. Pasientene føler seg

derfor mer som objekter enn som personer med behov for trøst og lindring av sin psykiske lidelse, smerte og fortvilelse (ibid).

I følge Bee et al (2006) bruker sykepleiere ved akuttpsykiatrisk avdeling kun halvparten av sin arbeidstid til direkte pasientkontakt. Denne kontakten omhandler dessuten i all hovedsak praktiske gjøremål som måltidsservering, medisiner og legevisitt. Tilsvarende avdekket Whittington & McLaughlin (2000) at sykepleiere brukte under halvparten av sin arbeidstid til direkte samhandling med pasienter og at svært lite av denne kontakten omhandlet psykoterapeutisk arbeid i form av en-til-en-kontakt med pasienten. Sykepleiere brukte arbeidstiden hovedsakelig til administrativt arbeid og kollegialt samvær. De tilbrakte dessuten mye tid på personalrommet (ibid). Whittington & McLaughlin (2000) fremhever at et stort antall av sykepleierne oppgav at de hadde fått utilstrekkelig opplæring i psykoterapeutisk samhandling, i form av en-til-en-kontakt med pasienten. De følte seg derfor tryggere på personalrommet.

Ifølge Bee et al (2006) eksisterer en felles internasjonal helsepolitisk oppfatning om at akuttpsykiatrisk behandling skal utøves i et støttende sosialt miljø. Slik behandling skal dessuten ha et tilfredsstillende nivå på den terapeutiske samhandlingen mellom pasienter og helsearbeidere. Bee et al (2006) fremhever at sykepleier har nøkkelrolle når det gjelder å skape et psykoterapeutisk miljø samt utførelse av psykoterapeutisk arbeid. Dette forutsetter imidlertid en sykepleiekapasitet som tillater at sykepleier "har tid til pasientene". Tidsaspektet fremstår likevel som en hovedutfordring for sykepleiere som arbeider innenfor akuttpsykiatrifeltet (Bee et al. 2007; Peplau, 1994; Whittington & McLaughlin, 2000).

Sammenfallende med studier beskrevet overfor oppgir respondentene i den foreliggende undersøkelsen at de mangler tilstrekkelig tid til relasjonsbygging med pasienter i akuttavdelingen. Til tross for at den terapeutiske rollen fremheves som et hovedanliggende for psykiatrisk sykepleiarbeid, kan det likevel reises et spørsmål om hvorvidt etablering av en terapeutisk relasjon er hensiktsmessig og gjennomførbar i akuttfasen.

Ifølge Deacon et al (2006) er pasienter i psykiatrisk akuttavdeling for syke til at de vil kunne ha nytte av terapeutisk intervensjon. Konsentrasjonsvansker, humørsvigninger, irritabilitet, psykoser, aggresjon, fortvilelse samt manglende evne til å systematisere informasjon er sentrale kjennetegn ved pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling. Slike elementer medfører ofte i at forsøk på terapeutisk intervensjon skaper økt opplevelse av kaos hos pasienten (ibid).

Cleary (2003) fremhever på sin side at sykepleiearbeidet ved akuttpsykiatrisk avdeling i utstrakt grad omhandler makt- og kontrollutøvelse, for å beskytte pasienten selv og andre. Som følge av akutte og komplekse sykdomstilstander utviser pasienter i akuttavdelingen ofte en aggressiv, truende og potensielt voldelig og/eller seksualiserende atferd. Plutselig og uforutsigbar pasientatferd kan raskt eskalere og resultere i farlige situasjoner både for pasienten selv og for andre. Dette krever umiddelbare og effektive kontrolltiltak (ibid). Pasienter i akuttavdelingen er i tillegg ofte tvangsinnlagt. Tvangsinnleggelsen i selv oppleves av mange som svært krenkende og resulterer ofte i stor frustrasjon og sterkt sinne (ibid). Ifølge Cleary (2003) vanskeliggjør tvangsinnleggelse i seg selv samt utstrakt kontrollnivå på pasienter, sykepleiers etablering av relasjoner til pasienter.

Deacon et al (2006) fremhever videre at raske utskrivelser av pasienter fra akuttavdelingen vanskeliggjør gjennomføring av terapeutisk arbeid etter den tradisjonelle oppfatningen. Fokus på raske utskrivelser tillater sykepleier kun å bidra til stabilisering av pasienters psykiske tilstand, frem til et nivå som muliggjør terapeutisk intervensjon utenfor akuttinstitusjonen (ibid).

Ifølge Deacon et al (2006) betyr dette likevel ikke at sykepleiehandlingene i akuttpsykiatrisk avdeling ikke er terapeutiske. I denne sammenheng fremheves sykepleiers hyppige veksling mellom kognitiv atferdsterapi og praktiske hverdagsaktiviteter, som for eksempel måltidssituasjoner (ibid). Deacon et al (2006) understreker sykepleiers krevende rolle når det gjelder utøvelse av terapeutiske intervensjoner parallelt med ivaretagelse av organisasjonsmessige oppgaver i avdelingen. I tillegg til hovedansvaret for det totale avdelingsmiljøet ("the total ward environment"), har sykepleier et koordinerings- og organisasjonsansvar for pasienter, besøkende og annet helsepersonell (ibid). Sykepleier er derfor i større eller mindre grad involvert i alt arbeid som foregår i akuttpsykiatrisk avdeling. Ifølge Deacon et al (2006) bidrar nettopp denne vekslingen og sammenflettingen av ulike sykepleieoppgaver til at sykepleiere i akuttpsykiatrisk avdeling oppfatter sykepleiearbeidet som meningsfullt.

Deacon et al (2006) fremhever videre at sykepleiearbeidet i akuttpsykiatrisk avdeling i stor utstrekning omhandler strategier for å unngå konflikt- og krisesituasjoner. Stadige krisesituasjoner i tilknytning pasientarbeidet, forskyver planlagt sykepleiearbeid. I tillegg konfronteres sykepleier til stadighet med krav om umiddelbar behovstilfredsstillelse av ofte flere og konfliktfylte behov, av pasienter og pårørende. Sykepleier har en nøkkelrolle når det

gjelder den kontinuerlige prioriteringen og vurderingen av rekkefølgen på planlagt arbeid, samt løsning av nye situasjoner som oppstår (ibid). Sykepleiers effektive konflikt- og krisehåndteringsstrategier gjenspeiler et høyt avansert kompetansenivå på sykepleiarbeidet i akuttpsykiatrisk avdeling (ibid). Deacon et al (2006) fremhever at slike konflikt- og krisesituasjoner oftest fremtrer som et eneste stort kaos og spektakkel, og at sykepleierne føler stor tilfredshet ved å løse slike situasjoner.

Til tross for korte sykehusopphold og fokus på krisestabilisering oppfattet sykepleiere i Cleary (2003) at de utviklet gode relasjoner til pasientene. ”Bare det å være der for pasienten” og å møte pasienten på en ikke-autoritær måte, samt å tilstrebe ”samarbeid” med pasienten, ble fremhevet som hovedelementer, ved sykepleiers etablering av relasjoner til pasienter i akuttavdelingen. Respektfull samhandling, rom for privatliv og ikke-fordomsfull atferd ble av fremhevet som vesentlige elementer i sykepleiers relasjonsbygging med pasientene (ibid). Ærlighet, tillitt og forståelse ble på sin side betegnet som selve rotfestet i denne relasjonen.

5.5 Jobbens stressnivå

Hovedtyngden av respondentene oppgir at jobbens stressnivå er høyt.

Opplevelsen av jobbrelatert stress kan knyttes til elementer ved motivasjonsfaktorene ”prestasjoner” og ”arbeidet i seg selv”. Flere studier viser dessuten også at jobbrelatert stress har nær sammenheng med mer perifere elementer for selve arbeidet, som for eksempel hygienefaktorene ”mellommenneskelige forhold” (arbeidsrelasjoner) og ”ledelsen”.

Opplevelse av høyt jobbrelatert stress blant sykepleiere er vel dokumentert i litteraturen (Currid, 2008; Hampel & Cauti, 2001; Jenkins og Elliott, 2004; Mann og Cowburn, 2005). Hyppig sykefravær, gjennomtrekk av personalet og tapping av profesjonell ekspertise, er konsekvenser av jobbrelatert stress. Over tid kan jobbrelatert stress dessuten medføre alvorlige fysiske og psykiske plager i form av følelsesmessig utmattelse (depresjon, hjelpeløshet og håpløshet), suicidforsøk, hjertelidelser (hjerteinfarkt) og alkoholisme (Currid, 2008; Jenkins og Elliott, 2004; Mann og Cowman, 2005; Tully, 2004).

Flere studier konkluderer likevel med at psykiatrisk sykepleie er mindre stressende enn andre sykepleiespesialiteter innen medisin, kirurgi og generell sykepleie (Edwards og Burnard, 2003; Muscroft og Hicks, 1998; Ryan og Quayle, 1999,). Selv om disse studiene ifølge Richard, Bee, Barkham, Gilbody, Cahill og Glanville (2006) inneholder en rekke svakheter,

representerer de likevel en utfordring til en rådende oppfatning om at sykepleiere i akuttpsykiatrifeltet opplever høyere stressnivå enn kollegaer i det øvrige psykiatriske tjenestetilbudet. Ifølge Richard et al (2006) er sykepleiere i akuttpsykiatrifeltet ofte unge og entusiastiske, og betrakter arbeidserfaring fra akuttpsykiatri som et viktig ledd i sykepleiekarrieren samt for utvikling av profesjonell trygghet (ibid). De har dessuten ofte en bevisst plan om å jobbe i dette spesialfeltet kun for en kortere periode, for så å bli en del av behandlingsteamet på kommunalnivå.

Det eksisterer mye kunnskap om stress blant sykepleiere generelt og psykiatriske sykepleiere spesielt. Det eksisterer derimot færre studier om jobbrelatert stress blant sykepleiere i akuttpsykiatrifeltet (Currid, 2008; Jenkins og Elliott, 2004). Currid (2008) fremhever sykepleiearbeidet i akuttpsykiatrisk avdeling som svært utfordrende og uforutsigbart, som følge av pasienters alvorlige og akutte sinnslidelser. Dette tilsier dermed nødvendigheten av at akuttavdelingens personalstab både er fysisk og psykisk rustet for denne arbeidshverdagen (ibid).

Ifølge Mann og Cowburn (2005) opplever psykiatriske sykepleiere hovedsakelig samme stressfaktorer som i andre sykepleiespesialiteter. Psykiatrisk sykepleie skiller seg likevel fra andre sykepleiefaglige retninger i tilknytning til den tette og intense interaksjonen med pasienter og pårørende (Mann og Cowburn, 2005). Pasienter i akuttpsykiatrisk avdeling er svært psykisk syke. De er ofte tvangsinnlagt og har komplekse behov som følge av sine alvorlige sinnslidelser (Currid, 2008; Deacon et al, 2006).

Currid (2008) og Jenkins og Elliott (2004) betegner samhandling med aggressive og potensielt voldelige pasienter, fotfølging av selvskadende og suicidale pasienter som hovedelementer i psykiatrisk sykepleiearbeid på akuttpsykiatrisk avdeling. Slike elementer fremstår dessuten som hovedårsaker til høyt jobbrelatert stressnivå blant sykepleiere i akuttpsykiatrisk avdeling (ibid). Currid (2008) fremhever opplevelse av lite støtte fra ledelsen og frykt for beskyldninger i tilknytning til utageringsepisoder, som hovedstressfaktorer blant sykepleiere ved akuttpsykiatrisk avdeling. Slike elementer bidrar til at mange sykepleiere i akuttavdelingen opplever det vanskelig og ”skru av jobben” etter endt arbeidsdag (ibid). Dette påvirker sykepleiers fritid og privatliv ved at mye tankevirksomhet knytter seg til jobben. Frykten for å bli beskyldt for og ikke ha overlevert tilstrekkelig informasjon som kan bidra til å forebygge utagering resulterer ofte i hyppig telefonering til akuttavdelingen (ibid).

Til tross for at stress blant psykiatriske sykepleiere hovedsakelig knytter seg til pasientomsorgen, fremheves likevel omkringliggende forhold til selve arbeidet som vesentlige stressfaktorer i flere studier (Currid, 2008; Jenkins og Elliott, 2004; Richard et al, 2006). Ifølge Richard et al (2006) påvirkes jobbrelatert stress i større grad av faktorer som blant annet lederstil og ulik terskel for innleggelse ("different admission threshold"). I Currid (2008) og Jenkins & Elliott (2004) relaterer sykepleiere hovedsakelig høyt jobbstress til tung arbeidsbelastning som følge av utstrakte krav til administrative og organisasjonsmessige oppgaver, parallelt med krav til kvalitetsmessig god pasientomsorg. I tillegg fremheves utilstrekkelig bemanning, mangel på kvalifisert personell, profesjonskonflikter og profesjonell utrygghet som hovedkilder til høyt stressnivå blant sykepleiere (ibid). Jenkins og Elliott (2004) konkluderer dermed at arbeidets omgivelser har sterk innvirkning på opplevelse av stress blant psykiatriske sykepleiere. Currid (2008) fremhever dessuten at individets egen oppfatning av sitt kompetansenivå (profesjonell trygghet) og erfaring som en sentral kilde til stress i sykepleiarbeidet. Ifølge Currid (2008) er det vanskelig å trekke konklusjoner eller å tydeliggjøre hvilke stressfaktorer som har sterkest innvirkning på sykepleierne i akuttpsykiatrisk avdeling. Dette vanskeliggjør dermed å finne frem til effektive strategier for å håndtere stress hos denne yrkesgruppen.

5.6 Psykisk påkjenning

Hovedtyngden av respondentene opplever stor psykisk påkjenning i arbeidet på akuttpsykiatrisk avdeling.

Det er rimelig å anta at respondentenes opplevelse av psykisk påkjenning i arbeidet kan knytte seg til elementer ved selve arbeidsutøvelsen og innholdet i arbeidet, og gjenspeiler seg i Herzbergs motivasjonsfaktor "arbeidet i seg selv". Flere studier viser likevel at opplevelse av psykisk påkjenning i arbeidet på akuttpsykiatrisk avdeling, har nær sammenheng med hygiene faktorer som "mellommenneskelige forhold" og "arbeidets ledelse".

Flere studier og drøftelsen overfor angående jobbrelatert stress, tilsier at psykisk påkjenning kan ha sammenheng med jobbrelatert stress. Det er likevel rimelig å anta at opplevelse av psykisk påkjenning, i motsetning til stress i seg selv, umiddelbart medfører mer alvorlige konsekvenser både for arbeidstaker og organisasjonen. Det er rimelig å anta at psykisk påkjenning kan relateres til opplevelsen av utbrenthet. Jenkins og Elliott (2004) betegner utbrenthet som en alvorlig konsekvens av jobbrelatert stress over tid. Utbrenthet defineres

som en tilstand av følelsesmessig utmattelse, og man utvikler negative holdninger og følelser overfor omsorgsmottaker. Reduserte arbeidsprestasjoner og distansert omsorgsutøvelse er konsekvenser av utbrenthet (Jenkins og Elliott, 2004; Kilfedder, Power og Wells, 2001; Maslack og Jackson, 1981; Taylor og Barling, 2004). Høyt jobbstress over tid medfører dermed alvorlige konsekvenser for både arbeidstaker, arbeidstakers familie, medarbeidere, pasienter og selve arbeidsplassen (Currid, 2008 og Man og Cowburn, 2005).

Ifølge Jenkins og Elliott (2004) knytter utbrenthet blant psykiatriske sykepleiere seg til elementer både ved selve arbeidet og til omkringliggende forhold til selve arbeidet. Voldelige episoder (utagering) og vedvarende en-til-en-kontakt med pasienter (for eksempel fotfølging) er en vesentlig del av pasientomsorgen i akuttpsykiatrisk avdeling. Currid (2008) fremhever at sykepleiere ofte føler seg truet og såret av pasienters voldelige og aggressive atferd. Dette resulterer i at sykepleier i mange tilfeller verken tør å samhandle eller utfordre pasienter ved bestemte gjøremål, av frykt for å bli truet og angrepet. Slike elementer betraktes som hovedkilder til jobbrelatert stress i akuttpsykiatrisk avdeling, som over tid vil medføre en tilstand av følelsesmessig utmattelse (Currid, 2008; Jenkins og Elliott, 2004).

Jenkins og Elliott (2004) fremhever i tillegg at utilfredsstillende bemanningssituasjon, uklare forventninger til sykepleierrollen, utstrakt administrativt ansvar og stor arbeidsmengde som hovedkilder til utbrenthet blant psykiatriske sykepleiere. Dette understøttes av Currid (2008) som fremhever at tung arbeidsbyrde, aggressive og potensielt voldelige pasienter, lite verdsettelse av klinisk sykepleiearbeid og mangel på støtte fra ledelsen, som hovedkilder til jobbrelatert stress og utbrenthet blant sykepleiere i akuttpsykiatrisk avdeling. Utilstrekkelig bemanning, dårlig lederstil, mangel på tid og sengekapasitet, parallelt med konstante krav fra pasienter og kollegaer, fører til et arbeidspress det er vanskelig å takle (ibid). Idealer for god sykepleie strider dessuten med rolleforventninger fra ledelsen. Dette vanskeliggjør sykepleiernes arbeidshverdag og bidrar til at sykepleiere stiller spørsmål ved egen rolleverdi. Currid (2008) fremhever at følelsesmessig utmattelse er et resultat av mangel på anerkjennelse for både sykepleiearbeidet og sykepleierollen.

Utvikling av et terapeutisk og støttende behandlingsmiljø rundt pasienter, er betraktet som vesentlige sykepleieoppgaver i psykiatrisk akuttavdeling. Ifølge Currid (2008) og Deacon et al (2006) har akuttpsykiatrien likevel vært utsatt for sterk kritikk for manglende terapeutisk samhandling med pasienter. Ifølge Currid (2008) opplever sykepleiere i akuttpsykiatrisk avdeling at klinisk sykepleiearbeid er sekundært i forhold til krav til administrative,

finansielle og ledelsesoppgaver. Dette skaper en distanse til pasienten og fører til at sykepleiere opplever at de forhindres fra å utøve yrket de er skolert til. De strever dessuten kontinuerlig med å oppnå anerkjennelse for terapeutiske sykepleieaktiviteter (ibid). Psykiatriske sykepleiere opplever at de er mindre verdsatt enn øvrige sykepleiespesialiteter, og at de stilles i et profesjonelt dårligere lys enn andre helseprofesjoner. Dette har negativ innvirkning på den profesjonelle selvtilliten (Currid, 2008; Deacon et al, 2006; Mann & Cowburn, 2005).

Ifølge Currid (2008) medfører krav om å møte kliniske umiddelbare behov parallelt med utstrakt ledelses- og administrativt ansvar, til at sykepleiere strekkes utover egne evner i forbindelse med, utøvelse av kvalitetsmessig godt sykepleiearbeid. Begrenset sengekapasitet resulterer dessuten i for tidlig utskrivelser av pasienter. Denne praksisen medfører et moralsk dilemma, ved at for tidlig utskrivelser av pasienter øker risikoen for forverring av pasienters tilstand. Dette kan for eksempel øke faren for suicid. En slik praksis strider med idealer for god sykepleie og skaper usikkerhet om hva som er god pasientomsorg (ibid). I tillegg er liten beslutningsmyndighet og behandlingsinnflytelse sentrale kilder til utbrenthet blant sykepleiere (ibid).

Utilstrekkelig bemanningskapasitet samt lite støtte og anerkjennelse fra ledelsen i forbindelse med idealer for kvalitetsmessig god sykepleie fremheves dessuten av Hanrahan og Aiken (2008) som vesentlige kilder til en følelse av direkte jobbutilfredshet.

5.7 Faglig kvalifisering/utvikling av profesjonell trygghet

Resultatene viser at 82 % av respondentene har behov for kurs/etterutdanning utover det tilbudet som finnes i forbindelse den sykepleie de utøver til daglig.

Muligheter for faglig utvikling er ifølge Herzberg et al (1993) en direkte kilde til følelse av tilfredshet i arbeidet. Faglig utvikling er et sentralt element ved motivasjonsfaktoren ”vekstmuligheter”. Utvikling av profesjonell trygghet forutsetter både muligheter til å ta til seg ny kunnskap i relasjon til eget fagfelt, men også videreutvikling av allerede ervervede kunnskaper (ibid). Dårlige muligheter for faglig utvikling vil etter Herzbergs resonnement likevel ikke skape direkte utilfredshet i arbeidet, men bidra til en mer distansert og nøytral holdning til arbeidet.

Robinson et al (2005) og Robinson og Tingle (2003) kom i motsetning til Herzbergs resonnement, frem til at mangel på profesjonell utvikling i form av muligheter for kurs/videreutdanning, var en hovedårsak til direkte jobbtilfredshet blant sykepleiere i psykiatrisk akuttavdeling. Dette var dessuten en vesentlig årsak til at de skiftet jobb. Flere studier vedrørende gjennomføring av spesifikke fagutviklingsprogrammer innenfor psykiatrifeltet, bekrefter at dette har en vesentlig innvirkning på sykepleieres jobbtilfredshet (Allen og Vitale-Nolen, 2005; Cleary og Happel, 2005; Valente og Wright, 2007).

Ifølge Bee et al (2006) og Patterson et al (2008) er sykepleiere hovedaktører både for selve omsorgsutøvelsen og behandling av pasienter på psykiatrisk akuttavdeling. Utstrakte ansvarsoppgaver hviler på sykepleier i kraft av denne rollen. Effektiv og ansvarlig sykepleie forutsetter tilstrekkelig kompetanse blant annet i kommunikasjonsferdigheter, pasientbehandling og retningslinjer/forskrifter for ivaretagelse av pasienters og andres sikkerhet. Patterson et al (2008) fremhever slike kompetanseområder som vesentlige forutsetninger for å forstå psykiatrisk sykepleie og for å besørge tilfredsstillende utøvelse av denne spesialiserte sykepleietjenesten.

Patterson et al (2008) fremhever enkelte kompetanseområder som nødvendige forutsetninger for utøvelse av kvalitetsmessig god psykiatrisk sykepleiepraksis. Tilfredsstillende kompetanse på disse områdene forutsetter både solid teoretisk kunnskap og forståelse, i tillegg til erfaringsbasert kunnskap. Sykepleiers samtale, samhandling og etablering av hensiktsmessige relasjoner til akutt psykisk syke personer, involverer flere kompliserte teknikker avhengig av hvordan situasjonen fremstår (ibid). Patterson et al (2008) fremhever at sykepleier må ha tilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter, for å bli i stand til og fortløpende kunne observere samt vurdere pasienters humør, atferd og hvorvidt det er samsvar mellom pasienters tale og handling. Sykepleiers utstrakte ansvar i tilknytning til beskyttelse av pasienters og andres sikkerhet, forutsetter tilstrekkelig kompetanse både i å avdekke endringer i pasienters mentale tilstand, og i å lindre pasienters smerte og fortvilelse. Slike elementer bidrar til å forebygge potensielt farlige situasjoner (ibid). God forståelse for aktuelt lovverk er dessuten en forutsetning for sykepleiers ivaretagelse av pasienters rettsvern. Slik kunnskap er dessuten en forutsetning for å kunne utføre tilfredsstillende vurderinger og tiltak i tilknytning til pasienters potensielle fare for seg selv eller andre (ibid). Patterson et al (2008) fremhever dessuten nødvendigheten av at sykepleier har tilstrekkelig kompetanse i krise- og konflikthåndtering. Sykepleier må være i stand til å beskytte seg mot fysisk og verbal skade, håndtere aggressiv

atferd samt ha kunnskap om forebyggende tiltak vedrørende ivaretagelse av egen og andres sikkerhet (ibid).

Robinson og Tingle (2003) fremhever at videreutdanningsmuligheter har en nøkkelfunksjon når det gjelder ivaretagelse av et faglig forsvarlig og optimalt psykiatrisk tjenestetilbud. Videreutdanning styrker kvaliteten på omsorgsutøvelsen og behandling av pasienter, styrker jobbtilfredsheten og er en vesentlig årsak til at medarbeidere blir i jobben. Robinson og Tingle (2003) fremhever nødvendigheten av kursing for å styrke kvaliteten på den daglige yrkesutøvelsen. Slike kurs skal ta sikte på å styrke kompetansen på kliniske ferdigheter hvor det enten foreligger mangelfull kompetanse, eller ved nyintroduserte krav til kompetanseområder (ibid). For sykepleiere kan slike kurs for eksempel omhandle kognitiv atferdsterapi, administrasjon av komplekse medisinerings tiltak, samhandlingsteknikker/strategier, krise- og konflikthåndteringskurs samt tiltak i forhold til aggressiv atferd (ibid).

Ifølge rammeplanen for norsk sykepleieutdanning (KUF, 2008) innebærer en selvstendig sykepleieatferd, en bevisst og reflektert holdning til utøvelse av eget fag. Dette er en forutsetning for å kvalifisere til et yrke og en yrkespraksis som er i stadig utvikling og endring. Arbeidsgiver har ifølge KUF (2008) et ansvar for å tilrettelegge både for opplæring, etter- og videreutdanning. Slike elementer bidrar til at sykepleier blir i stand til å utøve selvstendig ansvar, samt ivareta områder som sykepleieryrket gir handlingsberedskap til (ibid).

En klar hovedtyngde av sykepleierne i den foreliggende undersøkelsen har behov for ytterligere kurs/etterutdanning i forbindelse med den sykepleie de utøver til daglig. Dette kan bety at de har behov for ytterligere spesialisering innenfor akuttpsykiatriens fagfelt, både for å utvikle profesjonell trygghet og for å være i stand til å utøve selvstendig og tilfredsstillende sykepleie.

Til tross for at sykepleiers kompetanse og ferdigheter i stor grad erverves gjennom erfaring og praksis, er videreutdanning og teoretisk kunnskap en forutsetning for utvikling av sykepleiefaglig kompetanse i det kliniske yrkesfeltet (Kirkevoll, 2004). Stadig nye krav til akuttpsykiatrisk behandling som for eksempel vurdering av volds- og selvmordsrisiko gjør at erfaringskunnskapen ikke er tilstrekkelig til å oppfylle disse kravene på en kvalitetsmessig god måte. (Hanssen, 2007). I kraft av å være hovedaktør for omsorgsutøvelsen og behandling

av pasienter i akuttpsykiatrisk avdelingen, hviler et stort ansvar på sykepleiers krav til kompetanse. Dette betyr at erfaringskunnskap ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme krav til kvalitetsmessig god yrkesutøvelse. Det stadige fokuset på evidensbasert kunnskap i det kliniske feltet forutsetter dessuten at sykepleiere har kompetanse i å tilegne seg vitenskapelig basert kunnskap. Slike elementer kan sies å underbygge mitt funn om at respondentene har behov for teoretisk og vitenskapelig kunnskap, for å forbedre sykepleiepraksis i akuttpsykiatrisk avdeling. Det er rimelig å anta at opplevelse av og ikke mestre krav som stilles til kvalitetsmessig god yrkesutøvelse, på sikt vil kunne ha negativ innvirkning på sykepleieres jobbtilfredshet.

5.8 Karriereutvikling

Hovedtyngden av respondentene oppgir at muligheter for stillingsforfremmelse enten er dårlige eller svært dårlige.

Karrieremuligheter i form av stillingsforfremmelse i en organisasjon er etter Herzbergs resonnement en direkte kilde til tilfredshet i arbeidet, og er et eksempel på motivasjonsfaktoren ”vekstmuligheter”. Jobbtilfredshet som følge av avansement i stillingssammenheng har nær sammenheng med opplevelsen av gode prestasjoner, personlig vekst, anerkjennelse og flere ansvarsoppgaver. I tråd med Herzbergs resonnement fremhever Greipp (2003) at etablering og tilrettelegging for karrierestiger og kliniske stiger i en organisasjon, vil styrke sykepleieres jobbmotivasjon. Slike muligheter både forebygger turnover og vil fungere som et effektivt rekrutteringstips. Dette understøttes videre av Sengin (2003) som understreker karrieremuligheters direkte innvirkning på jobbtilfredshet blant sykepleiere. Sykepleiere som opplever at de har slike muligheter gir uttrykk for sterkere jobbtilfredshet enn dem som ikke synes de har slike muligheter (ibid). Sengin (2003) understreker viktigheten av tilretteleggelse av karrierestigningsmuligheter i en organisasjon, og fremhever betydningen av et yrkeshierarki som anerkjenner prestasjoner blant klinisk personell.

Etter Herzbergs resonnement vil ikke manglende tilfredsstillelse av motivasjonsfaktorer bidra til jobbtilfredshet, men derimot medføre en mer nøytral og distansert holdning til arbeidet. Robinson et al (2005) kom i motsetning til Herzberg et al (1993) frem til at manglende karrieremuligheter i form av stillingsforfremmelse, var en hovedkilde til jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere. I tråd med Robinson et al (2005) avdekket Fletcher (2001) at

begrensede og lite tilrettelagte utdanningsmuligheter som vil bidra til økte karrieremuligheter, var en viktig årsak til jobbtilfredshet blant sykepleiere. Dette understøttes av Rikard, Roberts, Foote og McGrail (2006) hvor sykepleiere til tross for at de hadde sterk motivasjon for jobben, betraktet dårlige karrieremuligheter som en viktig tilfredshetsfaktor.

Respondentene i den foreliggende undersøkelsen uttrykker i tråd med Rikard et al (2006) at de har stor jobbmotivasjon, til tross for dårlige muligheter for stillingsforfremmelse. Dette kan bety at respondentenes sterke tilfredshet med andre motivasjonsfaktorer og flere hygienefaktorer veier opp mot oppfatningen av dårlige karrieremuligheter.

5.9 Arbeidsforhold

Hovedtyngden av respondentene oppgir at arbeidsforholdene er gode eller svært gode.

Arbeidsforhold er et eksempel på Herzbergs hygienefaktorer og omhandler arbeidsplassens fysiske omgivelser. Tilgjengelige fasiliteter og tilrettelagte muligheter for tilfredsstillende yrkesutøvelse, eksempelvis lysforhold og plass/størrelse, reflekterer arbeidsforholdene (ibid). Sentralt i Herzbergs resonnement er at hygienefaktorer i seg selv ikke kan skape tilfredshet og motivasjon i arbeidet, men forebygger derimot mistriivsel og følelse av utilfredshet (Herzberg et al, 1993).

Sengin (2003) definerer i tråd med Herzberg at arbeidsforholdene omhandler det fysiske arbeidsmiljøet. Dette spesifiseres ytterligere til å omhandle personalet, arbeidsbelastning, skiftarbeid/turnustjeneste, arbeidsplanen og fleksibilitet i jobben (Sengin, 2003). Sammenfallende med Herzbergs resonnement fremhever Sengin (2003) at tilfredsstillende arbeidsforhold, som for eksempel urimelige krav og forventninger til medarbeidere, pålagt overtid og misnøye med turnus samt manglende fleksibilitet i arbeidet, vil ha direkte negativ innvirkning jobbtildfredsheten. Ifølge Sengin (2003) vil tilfredsstillende arbeidsforhold i motsetning til Herzbergs resonnement, derimot direkte styrke sykepleieres jobbtildfredshet.

Sharp (2008) fremhever dårlige arbeidsforhold som en hovedårsak til jobbtilfredshet blant sykepleiere psykiatrifeltet. Dette betyr at det dermed er omkringliggende forhold til selve arbeidet som har sterkest innvirkning på sykepleiernes jobbtildfredshet. Ifølge Sharp (2008) preges tilfredsstillende arbeidsforhold av dårlige samarbeidsforhold og manglende respekt for sykepleierollen, både fra ledere, psykiatere og andre helsearbeidere. Utrygge og til tider voldelige arbeidsomgivelser, mangel på teknisk utstyr som datamaskiner og overvåknings- og

alarmutstyr ("personal digital assistants"), er i tillegg viktige elementer ved arbeidsforholdene, som direkte svekker psykiatriske sykepleieres jobbtilfredshet. Sharp (2008) og Sengin (2003) sammenfaller derfor med Herzbergs resonnement om at hygienefaktoren, arbeidsforhold, direkte skaper utilfredshet og mistriivsel i jobben.

Sett i sammenheng med Sengin (2003) sin spesifisering av elementer ved arbeidsforholdene, viser resultatene fra den foreliggende undersøkelsen at 83 % av sykepleierne er tilfredse med egen turnus. Hovedtyngden av respondentene oppgir dessuten at arbeidsbelastningen enten er lett eller er en kombinasjon av tung og lett. Videre oppgir respondentene i all hovedsak at antall sykepleiere, øvrig ansatte og pasienter er passe. Respondentene med lang ansiennitet i avdelingen i forhold til dem med kortere ansiennitet, synes imidlertid at pasientantallet er for høyt. Sett i sammenheng med Herzbergs teori vil respondentens tilfredshet med slike elementer direkte forebygge mistriivsel i arbeidet. De vil likevel ikke i seg selv kunne medføre økt tilfredshet og motivasjon for arbeidet. Tilfredsstillende hygienefaktorer bidrar derimot kun til en nøytral holdning til arbeidet.

5.10 Mellommenneskelige forhold/arbeidsrelasjoner

Hovedtyngden av respondentene oppgir at det er et godt faglig og kollegialt samarbeid på akuttavdelingen.

Herzberg relaterer de mellommenneskelige forholdene på arbeidsplassen til interaksjonen/samhandlingen mellom personalet i tilknytning til yrkesutøvelsen, pauser og fellesaktiviteter på fritiden. Herzberg et al, (1993) fremhever at mellommenneskelige forhold er en forutsetning for en opplevelse av anerkjennelse og respekt blant personalet. Mellommenneskelige forhold på arbeidsplassen er definert blant Herzbergs hygienefaktorer og kan derfor i seg selv ikke bidra til jobbtilfredshet. Dårlige mellommenneskelige forhold på arbeidsplassen er derimot en direkte kilde til utilfredshet og mistriivsel i arbeidet. Etter Herzbergs resonnement bidrar gode mellommenneskelige forhold til å forebygge mistriivsel. I tråd med Herzbergs resonnement avdekket Fletcher (2001) at sykepleieres forhold til medarbeidere i administrative posisjoner og at dårlig faglig og kollegialt samarbeid, var vesentlige kilder til redusert jobbtilfredshet.

Sengin (2003) og Lu, While & Barribal (2005) fremhever godt tverrfaglig samarbeid, gode samarbeidsforhold innenfor egen yrkesprofesjon, samt mellom leger og sykepleiere, som

sentrale jobbtilfredshetskilder blant sykepleiere. Godt kollegialt forhold til ledere har tilsvarende positiv innvirkning på sykepleieres jobbtilfredshet (ibid). Sammenfallende med Sengin (2003) fremhever Robinson et al (2005) gode arbeidsrelasjoner som en hovedkilde til jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere. Dette understøttes videre av Nolan et al (2007) hvor psykiatriske sykepleiere i USA og Storbritannia fremhever godt teamarbeid og tverrfaglig samarbeid hovedkilder til jobbtilfredshet. Dette sammenfaller videre med Ward og Cowman (2007) som i tillegg avdekket at anerkjennelse av psykiatrisk sykepleiers rolle i det tverrfaglige samarbeidet, var et vesentlig element for jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere i psykiatriske sykehusavdelinger. Disse studiene indikerer i motsetning til Herzberg et al (1993) at hygienefaktoren ”mellommenneskelige forhold” er en hovedkilde til jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere.

Robinson et al (2005) fremhever dessuten kollegaers støtte i forbindelse med pasienters volds- og utageringsepisoder som et sentralt element for opplevelse av jobbtilfredshet blant psykiatriske sykepleiere. Sammenfallende med dette oppgir over 90 % av respondentene i den foreliggende undersøkelsen at de både får støtte og veiledning fra kollegaer i møtet med utfordrende og uforutsigbare pasienter.

Resultatene fra den foreliggende undersøkelsen viser at nærmere 90 % av respondentene oppgir at det er et godt tverrfaglig samarbeid på akuttavdelingen. Videre oppgis det om godt samarbeidsforhold internt mellom sykepleierne, og mellom sykepleier og behandler. Videre oppgir 88 % av respondentene dessuten at de har en god relasjon til nærmeste leder. Respondentene med videreutdanning utmerker seg imidlertid i denne sammenheng.

5.11 Lønn

Nesten 80 % av respondentene oppgir at lønnsnivået ikke står i forhold til det arbeidet de utfører. De turnusarbeidende respondentene utmerker seg klart i denne sammenheng.

Ifølge Herzberg et al (1993) omhandler hygienefaktoren ”lønnsforhold” alle forhold i arbeidssammenheng hvor en økonomisk kompensasjon er aktuell. Akseptert/uakseptert forsterkning i form av lønn fremheves som et vesentlig element som påvirker individets følelser for sitt arbeid (ibid). Etter Herzbergs resonnement har ikke lønnskompensasjon en ubetinget innvirkning på medarbeideres jobbmotivasjon, men er derimot en direkte årsak til mistriivsel i jobben. Forbedring av lønnskompensasjonen vil kun bidra til en nøytral holdning

til jobben (ibid). Herzbergs resonnement understøttes av Senging (2003) som konkluderer at tilfredsstillende lønnskompensasjon i seg selv ikke styrker jobbtildfredsheten, men er derimot en direkte årsak til jobbtildfredshet blant sykepleiere. Tilsvarende kom Robinson et al. (2005) frem til at utilfredsstillende lønnskompensasjonen både var en hovedkilde til jobbtildfredshet og jobbskifte blant sykepleiere i psykiatrisk akuttavdeling. Dette sammenfaller med flere jobbtildfredshetsstudier blant sykepleiere generelt, hvor utilstrekkelige lønnsforhold viser seg som en viktig årsak både til jobbtildfredshet og jobbskifte blant sykepleiere (Fletcher, 2001, Greipp, 2003, Majd, 2005 og Rickard et al. 2006). Sharp (2008) kom imidlertid frem til at selv om hovedtyngden av de psykiatriske sykepleierne i denne studien ikke var tilfredse med lønnskompensasjonen, viste dette kun en svak korrelasjon (sammenheng) med jobbtildfredsheten. Ifølge Sharp (2008) understøtter dette Herzbergs resonnement ved at motiverende aspekter som opplevelsen av gode prestasjoner og muligheter til å bruke egne evner, dvs. elementer ved selve arbeidet, veier opp for manglende tilfredshet med lønnskompensasjon. Dette sammenfaller dessuten med resultatet i den foreliggende undersøkelsen. Til tross for at en klar hovedtyngde av respondentene er uenige i at lønnen står i forhold til det arbeidet de gjør, har de likevel enten stor eller svært stor motivasjon for arbeidet.

6 Avslutning

Respondentenes mangel på tid til kvalitetsmessig god omsorgsutøvelse og relasjonsbygging med pasienter sammenfaller med annen forskning. Sykepleiers komplekse rolle i akuttpsykiatrisk avdeling gjenspeiler seg i utstrakt administrativt og organisatorisk ansvar parallelt med ivaretagelse av fundamentale sykepleieoppgaver, som relasjonsbygging og behandling av pasienter (Hanrahan og Aiken, 2008, Bee et al. 2007 og Fourie et al. 2005). Ivaretagelse av sentrale og pålagte arbeidsoppgaver beror likevel i stor grad på hvordan sykepleier strukturerer og prioriterer sine arbeidsoppgaver. Et spørsmål som reiser seg i denne sammenheng er hvor relevant respondentenes ”rop” på tid er.

Plutselige konflikt- og krisesituasjoner, hyppige nyinnleggelser, og pasienters samt besøkendes krav til umiddelbar behovstilfredsstillelse, av ofte flere konfliktfylte behov samtidig, forskyver hyppig det planlagte sykepleiearbeidet i akuttpsykiatrisk avdeling (Deacon et al, 2006). Slike elementer tilsier at det er helt nødvendig av å ha en arbeidsplan, for å være i stand til å ivareta sentrale og pålagte sykepleieoppgaver. Sykepleier har en nøkkelrolle når det gjelder den kontinuerlige prioriteringen av rekkefølgen på det planlagte arbeidet samt løsning av nye situasjoner som oppstår. Whittington & McLaughlin (2000) avdekket at sykepleiere brukte mye av sin arbeidstid til kollegialt samvær på jobben og at de oppholdt seg mye på personalrommet. Sykepleierne oppga dessuten at de fikk utilstrekkelig opplæring i psykoterapeutisk arbeid med pasienter, og følte seg derfor tryggere på personalrommet. Det er rimelig å anta at profesjonell utrygghet kan medføre at sykepleier ”sysselsetter” seg med andre oppgaver for å unngå å komme for tett på pasientene.

Mangel på tid til relasjonsarbeid og god omsorgsutøvelse, høyt stressnivå, stor psykisk påkjenning i jobben, stort behov for kurs- og videreutdanning, dårlige karrieremuligheter og utilfredsstillende lønnskompensasjonen, forhindrer likevel ikke at respondentene i den foreliggende undersøkelsen har stor jobbmotivasjon. I tråd med Herzbergs resonnement kan dette bety at elementer ved selve innholdet i arbeidet, som for eksempel at 96,8 % oppfatter arbeidet som meningsfullt og interessant samt at 91,4 % ser resultater av eget arbeid, veier opp for oppfatningen om utilfredsstillende lønnskompensasjon. Herzberg et al (1993) fremhever at et meningsfullt og interessant arbeid direkte skaper en følelse av voldsom tilfredshet hos individet. Dette kan bety at resultater i den foreliggende studien angående dårlige karrieremuligheter og stort behov for kurs og etterutdanning, overskygges av at

96,8 % av respondentene oppfatter sitt arbeid i akuttpsykiatrisk avdeling som meningsfullt og interessant.

Respondentenes tilfredshet med det faglige og kollegiale samarbeidet på akutt avdelingen kan dessuten antas å ha positiv innvirkning på respondentenes jobbtilfredshet. Flere studier fremhever nettopp at godt tverrfaglig samarbeid, godt samarbeid innen egen yrkesgruppe samt mellom lege og sykepleier, er hovedkilder til jobbtilfredshet blant sykepleiere. Dette betyr i motsetning til Herzbergs resonnement at omkringliggende forhold til selve arbeidet har vesentlig innvirkning på jobbtilfredshet blant sykepleiere.

Selv om respondentene i den foreliggende undersøkelsen hovedsakelig har stor jobbmotivasjon er det likevel rimelig å anta at dårlige karrieremuligheter, stort behov for kurs- og videreutdanningsmuligheter og utilfredsstillende lønnskompensasjonen, over tid vil kunne ha negativ innvirkning på respondentenes jobbtilfredshet. Dette er bekymringsfullt med hensyn til at jobbtilfredshet er en hovedårsak til både jobbskifte og redusert kvalitet på arbeidsutøvelsen.

Respondentene i den foreliggende undersøkelsen var ikke nødvendigvis innforstått med det teoretiske fundamentet vedrørende begrepet psykisk påkjenning. Det er likevel viktig å ta på alvor at hovedtyngden av respondentene oppgir at de opplever stor psykisk påkjenning i arbeidet på psykiatrisk akuttavdeling. Samtidig oppgir et stort antall respondenter at jobbens stressnivå er høyt. Sett i sammenheng med flere av studiene referert til i drøftelsene overfor, er det rimelig å anta at slike elementer, om ikke annet over tid kan resultere i utbrenthet som igjen kan medfører alvorlige psykiske og fysiske plager.

Litteraturliste

- Allen, D. E., Vitale-Nolen, R. A. (2005). Patient Care Delivery Model Improves Nurse Job Satisfaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36 (6), 277-282.
- Alver, B. G., Øyen, Ø. (1996). *Forskningsetikk i en forskningshverdag: Vurdering og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Aronson, K. R. (2005). Job Satisfaction of Nurses Who Work in Private Psychiatric Hospitals. *Psychiatric Services*, 56, 102-104.
- Bee, P. E., Richards, D. A., Loftus, S. J., Baker, J. A., Bailey, L., Lovell, K., Woods, P., Cox, D. (2006). Mapping nursing activity in acute inpatient mental healthcare settings. *Journal of Mental Health* 15 (2), 217-226.
- Berg, J. E. (red.), Eikeseth, P. H., Johnsen, E., Restan, A. (2007). *Akuttpsykiatri for leger og sykepleiere*. Stavanger: Hertvig Forlag.
- Bjørvik, K. I., Haukedal, W. (1997). *Arbeids- og ledelsespsykologi*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Bradburn, N. M., Sudman, S., Wansink, B. (2004). *Asking questions: the definitive guide to questionnaire design – for marketresearch, political polls, and social and health questionnaires*. San Francisco; Jossey-Bass.
- Cleary, M. (2003). The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 139-147.
- Cleary, M. (2004). The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 53-60.
- Cleary, M., Happel, B. (2005). Promoting a sustainable mental health nursing workforce: An evaluation of transition mental health nursing programme. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 109-116.

- Cleary, M., Walter, G., Hunt, G. (2005). The experience and views of mental health nurses regarding nursing care delivery in an integrated, inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 72-77.
- Currid, T. J. (2008). The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 17 (14), 880-884.
- Deacon, M., Warne, T., & Mcandrew, S. (2006). Closeness, chaos and crisis: the attractions of working in acute mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 750-757.
- Edward , D., Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal Advanced Nursing*, 42 (2), 169-200.
- Enging, E. Cam, O. (2006). Correlation Between Psychiatric Nurses' Anger and Job satisfaction. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (6), 268-275.
- Evans, A. M. (2007). Transference in the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 189-195.
- Farrell, G. A., Dares, G. (1999). Nursing staff satisfaction on a mental health unit. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 51-57.
- Fletcher, C. E. (2001). Hospital RN's Job Satisfaction and Dissatisfactions. *Jona*, 31 (6), 324-331.
- Forchuk, C (1991). A Comparison of the Works of Peplau and Orlando. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5 (1), 38-45.
- Fourie, W, J., McDonald, S., Connor, J., Bartlett, S. (2005). The role of the registered nurse in an acute mental health inpatient setting in New Zealand: Perceptions versus reality. *International Journal and Mental Health Nursing*, 14, 134-141.
- Greipp, M. E. (2003). Salary Compression: Its Effect on Nurse Recruitment and Retention. *Jona*, 33 (6), 321-323.
- Hanrahan, N., Aiken, L. (2008). Psychiatric Nurse Reports on the Quality of Psychiatric Care in General. *Quality Management in Health Care*, 17 (3), 210-217.

Hanssen, B. R. (2007). *Hjelp til å vurdere risiko for vold*. www.helsedirektoratet.no Lastet ned 12.11.09.

Hanssen, B. R. (2008). *Full DPS-dekning med varierende bemanning*. www.helsedirektoratet.no Lastet ned 05.10.09.

Happell, B. Martin, T. Pinikahna, J. (2003). Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 39-47.

Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hertzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B. B. (1993). *The motivation to work*. New Brunswick, USA: Transaction publishers.

Hummelvoll, J. K., Severinsson, E. I. (2001). Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 17-24.

Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Humpel, N., Caputi, P., Martin, C. (2001). The relationship between emotions and stress among mental health nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10 (1), 55-60.

Jacobsen D. I. og Thorsvik J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jakobsen, T.I. (1989). *En empirisk studie av ulike motiveringsfaktorerers innflytelse på sykepleierne til at de velger å bli værende i yrket*. Universitetet i Oslo: Institutt for sykepleievitenskap.

Jenkins, R., Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 622-631.

Johannessen, A. (2003). *Introduksjon til SPSS*. Oslo, Abstrakt Forlag

- Kaufmann, G., Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kilfedder, C. J., Power, K. G., Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 383-396.
- Kim, H. S. (1987). Structuring the nursing knowledge system: A typology of four domains. *Scholarly Inquiry for Nursing practice: An International Journal*, 1, 99-110.
- Kirkevold, M. (2004). *Vitenskap for praksis ?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.
- Landeweerd, J. A. Boumans, N. P. G. (1988). Nurses work satisfaction and feelings of health and stress in three psychiatric departments. *International Journal of Nursing Studies*, 25 (3), 225-234.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. I: M. D. Dunnette (red.) *Handbook of industrial and organizational psychology* (s. 1297-1350). Chicago: Rand McNally College Publishing.
- Lu, H., While, A., Barribal, L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42 (2), 211-227.
- Lund, T., Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub AS.
- Majid, T. M. (2005). Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 13, 40-50.
- Malone, R. E. (2003). Distal nursing. *Social Science and Medicine*, 56, 2317-2326.
- Mann, S., Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 154-162.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moyle, W. (2003). Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 103-109.

- Muscroft, J., Hicks, C. (1998). A comparison of psychiatric nurses' and general nurses' reported stress and counselling needs: a case study approach. *Journal Advanced Nursing*, 27 (6), 1317-1325.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Nolan, P., Haque, S., Doran, M. (2007). A comparative cross-sectional questionnaire survey of the work of UK and US mental health nurses. *International Journal of Nursing studies*, 44, 377-385.
- O'Brien, A. J. (2001). The therapeutic relationship: historical development and contemporary significance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 129-137.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 12)*, Maidenhead: Open University Press
- Patterson, C., Curtis, J., Reid, A. (2008). Skills, knowledge, and attitudes expected of a newly-graduated mental health nurse in an inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 410-418.
- Peplau, H. E. (1962). Interpersonal Techniques: The crux of psychiatric nursing. *The American Journal of Nursing*, 62 (6), 50-54.
- Peplau, H. E. (1992). Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 5 (1), 13-18.
- Peplau, H. E. (1994). Psychiatric mental health nursing: challenge and change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 3-7.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10 (4), 162-166.
- Peplau, H. E. (1999). Psychotherapeutic strategies. *Perspectives in Psychiatric Care*, 35(3), 14-20.
- Pinder, C. C. (1998). *Work motivation in organizational behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

Polit, D. F., Beck, C.T. (2004). *Nursing Research Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Quirk, A., Lelliott, P., Seale, C. (2006). The permeable institution: An ethnographic study of three acute psychiatric wards in London. *Social Science & Medicine*, 63, 2105-2117.

Richards, D. A., Bee, P., Barkham, M., Gilbody, S. M., Cahill, J., Glanville, J. (2006). The prevalence of nursing staff stress on adult acute psychiatric in-patient wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (1), 34-43.

Rikard, C. M., Roberts, B. L., Foote, J., McGrail, M. R. (2007). Jobsatisfaction and importance for intensive care unit research coordinators: results from binational survey. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1640-1650.

Robinson, S., Murrels, T., Smith, E. M. (2005). Retaining the mental health nursing workforce: Early indicators of retention and attrition. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 230-242.

Robinson, S., Tingle, A. (2003). Continuing education opportunities for recently qualified mental health diplomates. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 659-668.

Rossine, B. K. (2009). *Opptreppingsplanen for psykisk helse har nådd de fleste målene*. www.helsedirektoratet.no. Lastet ned 05.10.09.

Ruud, T., Gråwe, R. W., Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie*. Oslo: Sintef Helse.

Ryan, D., Quayle, E. (1999). Stress in psychiatric nursing: fact or fiction. *Nursing Standard*, 14 (8), 32-35.

Sengin, K. K. (2003). Work-Related Attributes of RN Job Satisfaction in Acute Care Hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 33 (6), 317-320.

Severinsson, E., Hummelvoll, J. K. (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing and Health Sciences*, 3, 81-90.

Shader, K., Broome, M.E., Broome, C.D., West, M.E., Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31 (4), 210-216.

Sharp, T. P. (2008). Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 374-378.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). "Du er kommet til rett sted..." *Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for psykisk helse.

Spector, P. E. (1997) *Job satisfaction: application, assessment, cause and consequences*. Thousand Oaks, USA: Sage publications.

Stamps, P. L. (1997). *Nurses and work satisfaction; An index for measurement*. Chicago: Health administration press.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St. prp. nr. 63 (1997-1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Strickland, O. L., Waltz, C. F. (1988). *Measurement of nursing outcomes. Volume two: Measuring Nursing Performance: Practice, education, and Research*. Springer Publishing Company; New York.

Taylor, B., Barling, J. (2004). Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 117-125.

Tovey, E. J., Adams, A. E. (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1), 150-158.

Tully, A. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 43-47.

Tørrissen, T. (2005). *Akuttpsykiatri – en virkelighetsbeskrivelse*. www.astrazeneca.no

Lastet ned 05.10.09.

Valente, S. M., Wright, I. (2007). Innovative Strategies for Nurse Recruitment and Retention in Behavioral Health. *Nursing Administration Quarterly*, 31 (3), 226-230.

Ward, M., Cowman, S. (2007). Job satisfaction in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 454-461.

Whittington, D. McLaughlin, C. (2000). Finding time for patients: an exploration of nurses' time allocation in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 259-268.

Wold, B. R. (1998). Psykiatriske sykepleieres opplevelser av sitt arbeidsmiljø. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad, E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk- Norsk sykepleieforskning i fokus*. (s. 259-270). Oslo: Universitetsforlaget.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 1 av 2

Kirsti Nyblin
Sofiesgate 47
0168 Oslo

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

Sykehus
Psykiatrisk akuttavdeling
v/avdelingsleder

Søknad om tillatelse til å gjennomføre en spørreundersøkelse blant sykepleiere, for å kartlegge hvilke faktorer som motiverer og bidrar til jobbtilfredshet i arbeidet på psykiatrisk akuttavdeling.

Mitt navn er Kirsti Nyblin, og jeg er masterstudent ved Seksjon for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. Dette semesteret har jeg startet arbeidet med min masteroppgave. Denne henvendelsen gjelder søknad om tillatelse til å gjennomføre en del av studien blant sykepleiere ansatt ved Deres sykehus. Jeg har vært i kontakt med akuttavdelingens avdelingsleder som var positiv til min henvendelse.

Studiens arbeidstitel er: "hva motiverer sykepleiere i arbeidet på psykiatrisk akuttavdeling?". Jeg planlegger å gjøre en spørreundersøkelse blant sykepleiere. Hensikten er å kartlegge hvilke faktorer som motiverer og bidrar til jobbtilfredshet blant sykepleiere i arbeidet på psykiatrisk akuttavdeling.

For mange er arbeidet en kilde til stor tilfredshet, for andre forårsaker det derimot opplevelse av misnøye. Sannsynligvis har ikke alle områder av jobben like mye å si for trivsel, og det er rimelig å anta at det er store individuelle forskjeller med hensyn til hva som bidrar til jobbtilfredshet. Det er fastslått gjennom forskning at graden av jobbtilfredshet påvirker kvaliteten på sykepleie. Tilfredshet i arbeidet bidrar til økt kvalitet på yrkesutøvelsen, øker motivasjonen og reduserer forsømmelse i arbeidet.

Min arbeidserfaring som sykepleier knytter seg primært til akuttpsykiatrien. Forskning støtter min erfaring om at sykepleiere stilles overfor stadig økende faglige utfordringer i møtet med pasienter, innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Høy innleggelsesterskel resulterer i at det ofte går lang tid fra første sykdomstegn til behandling iverksettes. Dette medfører at pasientene ofte har komplekse og mangfoldige behov som følge av sine lidelser. De er avlorlig syke, ofte tvangsinnlagt, krever tett oppfølging, tid og ressurser fra personalet. Kort liggetid og høyt pasientbelegg tillater sykepleier kun å hjelpe pasientene gjennom den mest akutte krisen. Dette utfordrer sykepleiers primære fokus om å etablere terapeutiske relasjoner til pasientene, og til å se og forstå pasientens situasjon. Raske skifter i pasientsammensetningen, effektivitetskrav og stadige utskiftninger av personalet påvirker arbeidsforholdene, og er med på å øke stresset på arbeidsplassen. Høy turnover blant personalet hemmer kontinuiteten i- og kan true kvaliteten på arbeidet.

Undersøkelsen planlegges gjennomført høsten 2007. Det tar cirka 15 minutter å besvare spørreskjemaet. Deltaker- og institusjonsanonymitet og konfidensialitet vil bli ivarettatt etter



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 2 av 2

gjeldende retningslinjer. Utover den tid sykepleierne eventuelt bruker av sin arbeidstid til å fylle ut spørreskjemaet, er det ingen kostnader for sykehuset knyttet til deltakelse. Dersom tillatelse blir gitt håper jeg dere kan være behjelpelig med å distribuere spørreskjemaene til sykepleiere ved Deres avdeling.

Min veileder ved Seksjon for sykepleievitenskap er Randi Nord. Hun kan kontaktes på telefon 22 85 05 74 eller e-post: randi.nord@medisin.uio.no

Hvis det er ønskelig vil sykehuset få et eksemplar av den ferdige oppgaven etter sensurfall. Oppgaven planlegges innlevert juni 2008. Dersom det er ønskelig kommer jeg gjerne og formidler resultatene i undersøkelsen.

Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon for deres vurdering av min søknad. Dersom dere har ytterligere spørsmål vedrørende studien og dens gjennomføring, kan jeg kontaktes på mobiltelefon 90 19 21 29 eller e-post: kirsti.nyblin@studmed.uio.no

Av hensyn til den videre prosessen setter jeg pris på om dere kan gi meg en snarlig tilbakemelding på interessen for å delta i undersøkelsen, og om søknaden godkjennes av sykehuset. Dersom jeg ikke hører fra dere innen to uker, tillater jeg meg å ta telefonisk kontakt med .

Med vennlig hilsen

Kirsti Nyblin

Vedlegg 2A

From: [avdelingsoverlege ved akuttpsykiatrisk sykehusavdeling]
Subject: SV: Henvendelse vedrørende masteroppgave i sykepleievitenskap
Date: Wed, October 24, 2007 10:39
To: kirsti.nyblin@studmed.uio.no
Cc: [10 anonymiserte e-post-adresser]

Classification: IKKE SENSITIV

Hei,

Det er i orden at du kan rekruttere respondenter fra avdelingen.

Ta kontakt med [anonymisert] for å få det organisert.

Velkommen og lykke til!

Mvh

[Anonymisert]

Vedlegg 2B

From: [avdelingsoverlege ved akuttpsykiatrisk sykehusavdeling]
Subject: SV: [Fwd: Presiseringer til formell søknad om tilgang til forskningsfelt]
Date: Fri, November 30, 2007 16:13
To: kirsti.nyblin@studmed.uio.no

Søknaden din er formidlet til alle sengepostenes ledere.

Ditt prosjekt ønskes med dette velkommen!

Hvordan ønsker du å informere om og starte opp registreringsarbeidet?

Med vennlig hilsen

[Anonymisert]

Avdelingssjef/avdelingsoverlege

Avdeling for akuttpsykiatri

Divisjon Psykiatri

[Anonymisert]

Tlf. [anonymisert] / Mobil [anonymisert]

e-post: [anonymisert]

IKKE SENSITIVT INNHOLD

Vedlegg 2C

From: [avdelingssjef ved akuttpsykiatrisk sykehusavdeling]

Subject: SV: SV: Søknad i forbindelse med masteroppgavearbeid i sykepleie vitenskap.

Date: Wed, November 28, 2007 11:16

To: kirsti.nyblin@studmed.uio.no

Cc: [3 anonymiserte e-post-adresser]

Hei

Vi har tatt din søknad opp i ledermøte i psykiatrisk avdeling og var enige om å godkjenne søknaden din. Kontaktpersonen din på avdelingen er [anonymisert].

Lykke til

[anonymisert]

Avdelingsjef

Vedlegg 2D

From: [seksjonsleder ved akuttpsykiatrisk sykehusavdeling]
Subject: SV: Søknad i forbindelse med masteroppgavearbeid i sykepleie vitenskap.
Date: Thu, November 22, 2007 08:51
To: kirsti.nyblin@studmed.uio.no
Cc: [4 anonymiserte e-post-adresser]

Hei igjen!

Ja, vi ønsker deg velkommen ved vår akuttseksjon for å utføre din studie. Dette ser vi på som et stort pluss i vårt arbeid med ansatte og deres arbeidsmiljø. Resultatene vil vi også gjerne få fremlagt når den tid kommer. Kontaktperson videre vil være [anonymisert] som driver mye med fagutvikling hos oss.

Lykke til!!!!

Mvh.

[Anonymisert]



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap
Postboks 1153 Blindern
N-0318 OSLO

Invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen:

”hva motiverer sykepleier i arbeidet på psykiatrisk akuttavdeling?”

Mitt navn er Kirsti Nyblin, og jeg er masterstudent ved Seksjon for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. Denne undersøkelsen er en del av min masteroppgave. Formålet er å kartlegge hvilke faktorer som motiverer og bidrar til jobbtilfredshet blant sykepleiere i arbeidet på psykiatrisk akuttavdeling.

For mange er arbeidet en kilde til stor tilfredshet, for andre bidrar det derimot til opplevelse av misnøye. Sannsynligvis har ikke alle områder av jobben like mye å si for trivsel, og det er rimelig å anta at det er store individuelle forskjeller med hensyn til hva som bidrar til jobbtilfredshet. Det er fastslått gjennom forskning at graden av jobbtilfredshet påvirker kvaliteten på sykepleie. Tilfredshet i arbeidet bidrar til økt kvalitet på yrkesutøvelsen, øker motivasjonen og reduserer forsømmelse i arbeidet.

Forskning støtter min erfaring om at sykepleiere stilles overfor stadig økende faglige utfordringer i møtet med pasienter, innlagt på psykiatrisk akuttavdeling. Pasientene har ofte komplekse og mangfoldige behov som følge av sine lidelser. Kort liggetid og høyt pasientbelegg tillater sykepleier kun å hjelpe pasientene gjennom den mest akutte krisen. Dette utfordrer sykepleiers primære fokus om å etablere terapeutiske relasjoner til pasientene, og til å se og forstå pasientens situasjon. Raske skifter i pasientsammensetningen, effektivitetskrav og stadige utskiftninger av personalet påvirker arbeidsforholdene, og er med på å øke stresset på arbeidsplassen. Høy turnover blant personalet hemmer kontinuiteten i- og kan true kvaliteten på arbeidet.

Avdelingsledelsen har gitt tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen på din avdeling. Det tar cirka 15 minutter å besvare spørreskjemaet. Det er ingen rette eller gale svar i forhold til hvor du krysser av. Retur av det utfylte skjemaet vil fungere som ditt informerte samtykke.

Spørreskjemaene behandles av meg som konfidensiell informasjon. Opplysningene som fremkommer i undersøkelsen vil ikke kunne knyttes til enkeltpersoner. Resultatene fra undersøkelsen vil bli presentert i masteroppgaven og eventuelt i undervisning. Det er frivillig om du vil delta i undersøkelsen eller ikke.

Besvart spørreskjema legges i konvolutten og leveres sin posthylle. Det er fint om du har mulighet til å fylle ut spørreskjemaet innen 14 dager. Min veileder ved Seksjon for sykepleievitenskap er Randi Nord. Hun kan kontaktes på telefon: 22850574, E-post: randi.nord@medisin.uio.no

Hjertelig takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Kirsti Nyblin

Telefon: 90192129, E-post: kirsti.nyblin@studmed.uio.no

Vedlegg 4

SPØRRESKJEMA TIL SYKEPLEIERE1. Persondata

Kjønn: Kvinne ☐ Mann ☐

Alder: 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 60< ☐

2. Utdanning / arbeidserfaring

Hvor mange år har du jobbet som sykepleier?

0-1 ☐ 2-5 ☐

6-10 ☐ 11-20 ☐ 20< ☐

Hvor mange år har du jobbet i akuttpsykiatrien?

0-1 ☐ 2-3 ☐

4-6 ☐ 7-9 ☐ 10< ☐

Hvor mange år har du vært ansatt i denne avdelingen?

0- 1 ☐ 2-3 ☐

4-6 ☐ 7-9 ☐ 10< ☐

Har du videreutdanning?

ja ☐ nei ☐

Hvis ja (sett ett eller flere kryss):

Psykisk helsearbeid ☐

Psykiatrisk sykepleie ☐

Annen sykepleiefaglig videreutdanning ☐

Annen Høgskole/universitetsutdanning ☐

Tjenestegjøring: dagstilling ☐ kveldsstilling ☐ nattstilling ☐ dag/kveld ☐

dag/kveld/natt ☐

Hva slags stilling har du?

fast ☐ vikariat ☐ ekstravakt ☐

Hvor stor stillingsbrøk har du? 0-25 % ☐ 26-50 % ☐ 51-75 % ☐
76-100% ☐ Sporadiske vakter ☐

Hvor mange arbeidssteder har du hatt som sykepleier? ☐

Hvor mange ganger har du skiftet arbeidsfelt som sykepleier? ☐
(eks fra somatikk til psykiatri)

Jobber du ved et: Universitetssykehus/Storbysykehus ☐ Annet Helseforetak ☐

3. Spørsmål angående trivsel på arbeidsplassen

For hvert av de følgende tre spørsmål a, b og c:

Velg tre av de 16 motiveringsfaktorene nevnt i listen under.
Ranger dem i den rekkefølgen som er viktigst for deg.

Nr. 1 tilsvarer den viktigste, nr. 2 den nest viktigste og nr. 3 den tredje viktigste faktoren.
(F. eks. spørsmål a. nr.1: faktor 4, nr. 2: faktor 9, nr. 3: faktor 11)

	nr.1	nr.2	nr. 3
a. Hva var årsaken til at du valgte å utdanne deg til sykepleier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hva påvirker din trivsel i arbeidssammenheng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hva er relle årsaker til at du fremdeles praktiserer som sykepleier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motiveringsfaktorer:

1. Muligheter til å påvirke egen arbeidssituasjon
2. Anledning til selvstendig arbeid
3. Muligheter til å kunne hjelpe andre mennesker
4. Meningsfylt, interessant arbeid
5. Samfunnet har behov for sykepleiere
6. Stillingen er respektert og anerkjent
7. Muligheter for faglig utvikling
8. Muligheter for karriereutvikling
9. Gode arbeidsmuligheter, trygg fremtid
10. Tjene penger
11. Muligheter for spenning og avveksling
12. Valgmuligheter med hensyn til arbeidssted og arbeidsoppgaver
13. Muligheter for å lede/veilede andre i arbeidsutførelsen
14. Muligheter for faglig og praktisk veiledning
15. Kontakt med andre mennesker
16. Muligheter for bolig og/eller barnehageplass

Hvordan samsvarer forventningene du hadde til sykepleieryrket med virkeligheten?

meget godt	godt	middels	dårlig	meget dårlig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Skalaen nedenfor reflekterer dine følelser overfor jobben.

Besvar hvert punkt ved å sirkle inn det tallet som stemmer best for deg.

Arbeidsoppgaver:

varierte	1	2	3	4	5	rutinepreget
----------	---	---	---	---	---	--------------

Arbeidets kompleksitet

(vanskegrad)

vanskelig	1	2	3	4	5	enkelt
-----------	---	---	---	---	---	--------

Interessenivå

interessant	1	2	3	4	5	kjedelig
-------------	---	---	---	---	---	----------

Engasjement i arbeidet

stort	1	2	3	4	5	lite
-------	---	---	---	---	---	------

Psykisk påkjenning

stor	1	2	3	4	5	liten
------	---	---	---	---	---	-------

Arbeidsbelastning

tung	1	2	3	4	5	lett
------	---	---	---	---	---	------

Arbeidsforholdene

gode	1	2	3	4	5	dårlige
------	---	---	---	---	---	---------

Jobbens stressnivå

høyt	1	2	3	4	5	avslappet
------	---	---	---	---	---	-----------

Ansvar

mye	1	2	3	4	5	lite
-----	---	---	---	---	---	------

Selvstendighet

stor	1	2	3	4	5	liten
------	---	---	---	---	---	-------

**Anledning til å utøve
sykepleiefaglig arbeid**

stor	1	2	3	4	5	liten
------	---	---	---	---	---	-------

Muligheter for faglig utvikling						
mange	1	2	3	4	5	få
Muligheter for forfremmelse i stillingssammenheng						
gode	1	2	3	4	5	dårlige
Anerkjennelse for utført arbeid						
gis	1	2	3	4	5	ikke eksisterende
Beslutningsmyndighet						
stor	1	2	3	4	5	liten
Arbeidsmoral						
god	1	2	3	4	5	dårlig
Motivasjonen for arbeidet						
stor	1	2	3	4	5	liten

5. Les nøye gjennom hvert utsagn.

Sett ett kryss i det svaralternativet som stemmer best for deg.

Ansvar og autonomi (selvstendighet);

	helt uenig	uenig	enig	helt enig
Jeg synes jeg har tilstrekkelig innflytelse på behandlingsforløpet til mine pasienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes jeg har tilstrekkelig innflytelse på planleggingen av egen arbeidsdag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iblant kreves det at jeg må utføre gjøremål som står i motsetning til god profesjonell sykepleie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har for mye ansvar, og ikke nok beslutningsmyndighet i mitt daglige arbeid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg holdes under oppsyn mer enn nødvendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>